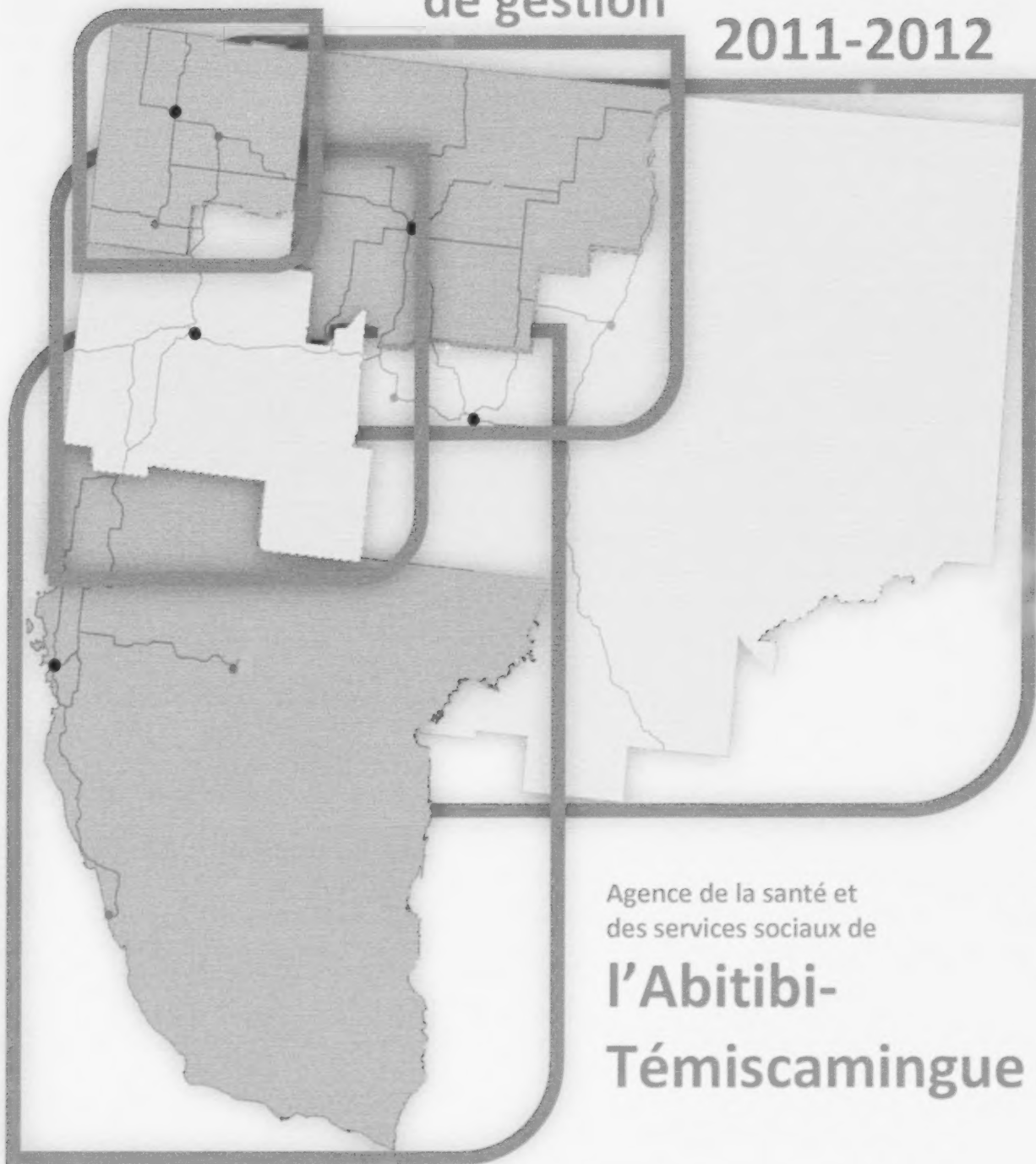


Rapport annuel de gestion

2011-2012



Agence de la santé et
des services sociaux de

**l'Abitibi-
Témiscamingue**

Adopté par résolution du conseil d'administration le 26 septembre 2012

Ce document a été réalisé par :

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9^e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : 1 819 764-3264
Télécopieur : 1 819 797-1947
Site Web : www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca

Manon Cliche, agente administrative, pour la conception graphique,
sous la coordination de Denise Stewart, directrice des activités stratégiques
et Marie-Eve Therrien, agente de communication en collaboration avec
le personnel de toutes les directions.

Comité de lecture

Julie Bégin, Direction des ressources financières et matérielles
Sylvie Bellot, Direction de santé publique
Nathalie Bernier, bureau du président-directeur général
Caroline Bettez, Direction des affaires médicales et des services de santé
Patrick Herjean, Direction des activités stratégiques
Danielle Landriault, Direction des activités stratégiques
Nicole Marci, Direction de l'organisation des services
Annette Picard, Direction des ressources humaines et informationnelles
David Robitaille, Direction des ressources humaines et informationnelles

ISBN : 978-2-89-391-566-1 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89-391-567-8 (version PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2012
Dépôt légal – Bibliothèque et archives Canada, 2012

Note : Afin de ne pas alourdir les textes, le masculin inclut le féminin.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée. Ce document est également disponible en médias substitués, sur demande.

Table des matières

Liste des sigles et acronymes	vii
Liste des tableaux.....	xi
Mot de la présidente du conseil d'administration et du président-directeur général	xiii
Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents	xv

Section 1

Rôle et état général de fonctionnement de l'Agence

Mission, territoire, population	3
Plan d'organisation, organigramme et effectifs de l'Agence	4
Communications	6
Réseau d'établissements de santé et de services sociaux	7
Organismes communautaires	8
Conseil d'administration	9
Instances consultatives	9
↳ Comité de vigilance et de la qualité	9
↳ Comité régional d'accès aux services en langue anglaise.....	10
↳ Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)	12
↳ Commission infirmière régionale (CIR).....	12
↳ Commission multidisciplinaire régionale (CMUR)	13
↳ Département régional de médecine générale (DRMG).....	14
↳ Forum de la population	15
↳ Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (Table des chefs)	15

Section 2

Activités de l'Agence

Grands défis de l'année	19
↳ Optimisation.....	19
↳ Maltraitance envers les personnes âgées	19
↳ Gouvernance régionale en cancer	20
↳ Plan d'action régional en saines habitudes de vie.....	20
↳ Stratégie régionale de main-d'oeuvre	21
↳ Gouverne informatique régionale	22
Affaires médicales.....	23
↳ Groupes de médecine de famille (GMF).....	23
↳ Plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine générale et en spécialité (PREM).....	23
↳ Unité de médecine familiale (UMF).....	26
↳ Clientèle orpheline	26
Activités régionales en santé et services sociaux.....	27
↳ Qualité des services.....	27
* Prestation sécuritaire des soins et services	27
* Agrément des établissements	27
* Recommandation du coroner.....	27
* Comité des usagers	28
* Plaintes à l'Agence et dans les établissements.....	28

↳ Communautés autochtones	30
↳ Services préhospitaliers d'urgence	32
↳ Violence faite aux femmes	34

Programmes de services

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	35
↳ Réinsertion sociale	35
↳ Services spécialisés – Troubles envahissants du développement	36
↳ Soutien à domicile – Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	36
Deficience physique	39
↳ Plan d'action à l'égard des personnes handicapées	39
↳ Services spécialisés	39
↳ Soutien à domicile	40
↳ Soutien à domicile – Allocation directe	40
Dépendances	41
↳ Jeu pathologique	41
↳ Toxicomanie - Services de première ligne	42
Jeunes en difficulté	43
↳ Équipe d'intervention jeunesse	43
↳ Expertise psychosociale	43
↳ Jeunes et leur famille en difficulté – Services de première ligne	44
↳ Jeunes et leur famille en difficulté – Services de deuxième ligne	44
↳ Programme de qualification des jeunes	45
↳ Services d'intervention en situation de crise	45
↳ Services en négligence	46
Perte d'autonomie liée au vieillissement	47
↳ Certification des résidences privées pour personnes âgées	47
↳ Services aux personnes hébergées en milieu substitut	48
↳ Services dans le milieu de vie	48
Santé mentale	49
↳ Services d'urgence	49
Santé physique	51
↳ Centre virtuel en santé et services sociaux	51
↳ Continuum de services en traumatologie	51
↳ Lutte contre le cancer	52
↳ Soins palliatifs	53
↳ Soins palliatifs - Agrément	54
↳ Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments (SARDM)	54
Santé publique	55
↳ Développement des communautés	55
↳ Habitudes de vie et maladies chroniques – Dépistage du cancer du sein	56
↳ Jeunes et famille – Animation de jeunes en milieu rural	57
↳ Jeunes et famille – Promotion et prévention	58
↳ Maladies infectieuses – Immunisation	59
↳ Maladies infectieuses – Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	60
↳ Prévention des chutes chez les personnes âgées	60
↳ Prévention et contrôle - Infections nosocomiales	61
↳ Santé au travail	61
↳ Santé environnementale	62
↳ Surveillance de l'état de santé	63

Services généraux	65
↳ Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS).....	65
↳ Services psychosociaux généraux.....	65

Programmes de soutien

Administration et soutien aux services	67
↳ Équilibre budgétaire	67
↳ Formation Agir auprès de la personne âgée	68
↳ Planification de la main-d'œuvre	68
↳ Recrutement de la main-d'œuvre	70
↳ Recrutement et rétention des cadres.....	71
Ressources informationnelles	73
↳ Dossier de santé du Québec (DSQ).....	73
↳ Gouvernance et planification en ressources informationnelles.....	73
↳ Informatisation dans le domaine de l'imagerie.....	74
↳ Informatisation des GMF.....	74
↳ Informatisation des laboratoires.....	75
↳ Maintien des actifs informationnels.....	76
↳ Regroupement des centres de traitement informatiques.....	76
Projets d'optimisation régionale.....	77
Gestion des bâtiments et des équipements	79
↳ Programmes fonctionnels et techniques.....	79

Section 3

Organismes communautaires subventionnés par l'Agence

Respect des règles et des normes édictées par le MSSS	83
Concertation régionale	83

Section 4

Données financières

Situation financière de l'Agence	87
↳ Rapport de la direction.....	87
↳ Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés.....	88
Notes aux états financiers – exercice terminé le 31 mars 2012	103
↳ Note 1 : Résultats	103
↳ Note 2 : Statut et nature des opérations.....	103
↳ Note 3 : Modification de conventions comptables	103
↳ Note 4 : Description des principales conventions comptables.....	104
↳ Note 5 : Emprunt bancaire	109
↳ Note 6 : Dette à long terme.....	110
↳ Note 7 : Engagements	110
↳ Note 8 : Engagements budgétaires	111
↳ Note 9 : Opérations entre apparentés	111
↳ Note 10 : Variation des actifs financiers nets	111

Situation financière des établissements	113
↳ Budget net de fonctionnement	113
↳ Autorisation d'emprunt temporaire accordée	114
Subventions aux organismes communautaires	115

Section 5

Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité	123
---	-----

Section 6

Code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence

Introduction	147
Déclaration de principe	148
Objectif du code d'éthique	149
Personnes concernées par le code d'éthique	149
Devoirs et obligations	149
Règles relatives aux conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités	150
Déclaration d'intérêt	150
Activités politiques	151
Règles relatives aux assemblées	151
Interdiction des pratiques reliées à la rémunération	152
Devoirs et obligations de l'après-mandat	152
Mécanisme d'application et de respect du code	152
Enquête et immunité	153
Publicité du code d'éthique	153
Déclaration des intérêts des administrateurs publics – Code d'éthique	154
Engagement personnel – Code d'éthique	155

Liste des sigles et acronymes

a.	Article
Ass.	Association
A-T	Abitibi-Témiscamingue
c.	Chapitre
ACV	Accident cérébral vasculaire
AE	Avenir d'enfants
AÉS	Approche école en santé
AMP	Activité médicale particulière
ANPSS	Algonquin Nation Program and Services Secretariat
AQÉPA	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs
AVC	Accident vasculaire cérébral
C.A.	Conseil d'administration
c/a	Centre d'activité
CAFA	Centre d'animation, de formation et d'accompagnement
CAFE	Crise Ado-Famille-Enfance
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Abitibi
CAPACS	Centre d'aide et de prévention des agressions à caractère sexuel de l'Abitibi-Ouest
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCSAT	Centre de communication santé de l'Abitibi-Témiscamingue
CCSR	Centre de coordination des services régionaux
CD	Courte durée
CDD	Centre de dépistage désigné
CÉCOT	Centre d'expertise et de coordination de télésanté
CEPO	Comité d'évaluation des pratiques oncologiques
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CIR	Commission infirmière régionale
CIR	Comité intersectoriel régional en saines habitudes de vie
CJ	Centre jeunesse
CJAT	Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue
CLSC	Centre local de services communautaires
CMCDU	Comité ministériel de coordination du désencombrement des urgences
CMUR	Commission multidisciplinaire régionale
CPE	Centre de la petite enfance
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDIAT	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de l'Abitibi-Témiscamingue
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
CROC-AT	Concertation régionale des organismes communautaires de l'Abitibi-Témiscamingue
CRPAT	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes
CRPOI	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
CRPDP	Centre de réadaptation pour personnes présentant une déficience physique
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSA	Centre de services autorisé
CSC	Centre spécialisé en cancer
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSPNQI	Commission de santé et de services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
CVSSS	Centre virtuel de santé et de services sociaux
DACD	Diarrhée associée au clostridium difficile
DC	Développement des communautés

<i>DI</i>	Déficience intellectuelle
<i>DME</i>	Dossier médical électronique
<i>DMS</i>	Durée moyenne de séjour
<i>DNU</i>	Direction nationale des Urgences
<i>DP</i>	Déficience physique
<i>DQC</i>	Direction québécoise du cancer
<i>DRMG</i>	Département régional de médecine générale
<i>DSP</i>	Directeur des services professionnels
<i>DSQ</i>	Dossier de santé du Québec
<i>EIJ</i>	Équipe d'intervention jeunesse
<i>ESSAIS</i>	Échange de seringues, services d'aide et d'information sur le sida
<i>ETC</i>	Équivalent temps complet
<i>FINESSS</i>	Fonds de financement des établissements de la santé et des services sociaux
<i>FISSS</i>	Fonds d'intégration pour la santé et les services sociaux
<i>GAAT</i>	Groupe d'achats de l'Abitibi-Témiscamingue
<i>GESTRED</i>	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes
<i>GMF</i>	Groupe de médecine de famille
<i>GPMO</i>	Gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre
<i>I-CLSC</i>	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
<i>ICI</i>	Intervention comportementale intensive
<i>IMP</i>	Intervention multifactorielle personnalisée
<i>IPO</i>	Infirmière pivot en oncologie
<i>IPS</i>	Infirmière praticienne spécialisée
<i>ITSS</i>	Infection transmissible sexuellement et par le sang
<i>LD</i>	Longue durée
<i>LPJ</i>	Loi sur la protection de la jeunesse
<i>L.R.Q</i>	Lois refondues du Québec
<i>LSIPA</i>	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
<i>LSSSS</i>	Loi sur les services de santé et les services sociaux
<i>MAADCN</i>	Ministère des Affaires autochtones et développement du Nord Canada
<i>mba</i>	Mère bénévole en allaitement
<i>MELS</i>	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
<i>MOI</i>	Main-d'œuvre indépendante
<i>MRAR</i>	Mouvement de la relève d'Amos-région
<i>MRC</i>	Municipalité régionale de comté
<i>MSSS</i>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<i>ND</i>	Non disponible
<i>OSIRSIPA</i>	Outil de suivi de l'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées
<i>PAB</i>	Préposé aux bénéficiaires
<i>PACEC</i>	Programme d'amélioration des conditions d'exercice des cadres
<i>PALV</i>	Perte d'autonomie liée au vieillissement
<i>PFT</i>	Programme fonctionnel et technique
<i>PHAR</i>	Personnes handicapées Amos-région
<i>PIED</i>	Programme intégré d'équilibre dynamique
<i>PNSP</i>	Programme national de santé publique
<i>PQDCS</i>	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
<i>PQJ</i>	Programme qualification des jeunes
<i>PREM</i>	Plan régional d'effectifs médicaux
<i>PSA</i>	Programme de sécurité alimentaire
<i>PSI</i>	Plan de services individualisé
<i>PSOC</i>	Programme de soutien aux organismes communautaires
<i>R.</i>	Règlement
<i>RAC</i>	Ressource à assistance continue
<i>RAIDD-AT</i>	Ressource d'aide et information en défense des droits – Abitibi-Témiscamingue
<i>RAMQ</i>	Régie de l'assurance maladie du Québec
<i>RCSSS</i>	Réseau communautaire des services de santé et de services sociaux
<i>RH</i>	Ressources humaines
<i>RI</i>	Ressources intermédiaires
<i>RLS</i>	Réseau local de services
<i>RN</i>	Rouyn-Noranda
<i>RNI</i>	Ressource non institutionnelle

RQSUCH	Relevé quotidien de la situation à l'urgence et au centre hospitalier
RREGOP	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRF	Régime de retraite des fonctionnaires
RRO	La rougeole, la rubéole et les oreillons
RRPE	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RRSPSAT	Réseau régional de santé publique en santé au travail
RRSS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SARCA	Service d'accueil, de référence, de conseils et d'accompagnement
SARDM	Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments
SARROS	Soutien aux régions pour le recrutement des omnipraticiens et des spécialistes
SATAS	Service d'aide et de traitement en apprentissage social
SHQ	Société d'habitation du Québec
SIDEP	Service intégré de dépistage et de prévention
SIGDU	Système d'information de gestion des départements d'urgence
SIID	Système intégré d'imagerie diagnostique
SIL	Système d'information de laboratoire
SIPPE	Service intégré en périnatalité et pour la petite enfance
SI-PQDCS	Système d'information du <i>Programme québécois de dépistage du cancer du sein</i>
SIQ	Société immobilière du Québec
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et services
SIV	Soutien d'intensité variable
S.O.	Sans objet
SRMO	Stratégie régionale de main-d'œuvre
TCCL	Traumatisme cranio cérébral léger
TCR	Technocentre régional
TCROCASMAT	Table de concertation régionale des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale
TED	Trouble envahissant du développement
TI	Technologie de l'information
UMF	Unité de médecine familiale
UQAT	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
VVS	Villes et villages en santé



Liste des tableaux

Tableau 1	Effectifs de l'Agence au 31 mars 2012	5
Tableau 2	Missions des établissements et spécialités régionales	7
Tableau 3	Effectifs des établissements au 31 mars 2012	8
Tableau 4	Organismes communautaires subventionnés dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) au 31 mars 2012	8
Tableau 5	Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2012	9
Tableau 6	Membres du comité de vigilance et de la qualité au 31 mars 2012	10
Tableau 7	Membres du comité régional d'accès aux services en langue anglaise au 31 mars 2012	11
Tableau 8	Membres du comité régional sur les services pharmaceutiques au 31 mars 2012	12
Tableau 9	Membres de la commission infirmière régionale au 31 mars 2012	13
Tableau 10	Membres de la commission multidisciplinaire régionale au 31 mars 2012	14
Tableau 11	Membres du comité de direction du Département régional de médecine générale au 31 mars 2012	15
Tableau 12	Membres du comité de direction de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée au 31 mars 2012	15
Tableau 13	Plan régional d'effectifs médicaux en spécialité pour l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2012	25
Tableau 14	Effectifs médicaux en médecine générale et en médecine spécialisée au 31 mars 2012	25
Tableau 15	Bilan des plaintes, interventions, demandes d'assistance, de consultation et d'information au 31 mars 2012	29
Tableau 16	Plaintes examinées par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services au 31 mars 2012	29
Tableau 17	Plaintes traitées par les médecins examinateurs dans les CSSS au 31 mars 2012	30
Tableau 18	Fonds d'exploitation – État des résultats Exercice terminé le 31 mars 2012	93
Tableau 19	Fonds des activités régionalisées – État des résultats – Exercice terminé le 31 mars 2012	94
Tableau 20	Fonds d'immobilisations – État des résultats – Exercice terminé le 31 mars 2012	95
Tableau 21	Fonds d'exploitation État des soldes de fonds – Exercice terminé le 31 mars 2012 ..	96
Tableau 22	Fonds d'immobilisations – Fonds des activités régionalisées – État des soldes de fonds – Exercice terminé le 31 mars 2012	97
Tableau 23	Fonds d'exploitation Fonds des activités régionalisées Bilan au 31 mars 2012	98
Tableau 24	Fonds d'immobilisations Bilan au 31 mars 2012	99
Tableau 25	Fonds affectés cumulés Bilan au 31 mars 2012	100
Tableau 26	Fonds affectés cumulés – État des résultats au 31 mars 2012	101
Tableau 27	Fonds affectés cumulés – État des soldes de fonds au 31 mars 2012	102
Tableau 28	État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2011-2012	103
Tableau 29	Fonds affectés – Sommaire des bilans au 31 mars 2012	104
Tableau 30	Fonds affectés – Sommaire des résultats au 31 mars 2012	105
Tableau 31	Fonds affectés – Sommaire des soldes de fonds au 31 mars 2012	106
Tableau 32	Budget net de fonctionnement Excédent ou (déficit) au 31 mars 2012	117
Tableau 33	Autorisation d'emprunt temporaire accordée au 31 mars 2012	118
Tableau 34	Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2012	119

Mot de la présidente du conseil d'administration et du président-directeur général



Mme Suzanne Huard,
présidente du conseil d'administration

M. Jacques Boissonneault,
président-directeur général

Honneur et distinction pour l'Abitibi-Témiscamingue Prix Persillier-Lachapelle

Au cours de la dernière année, notre région a rayonné sur la scène provinciale grâce à un honneur qui a été décerné à l'un des siens, soit le directeur général de la Ressource pour personnes handicapées Abitibi-Témiscamingue / Nord-du-Québec. M. Rémy Mailloux a mérité le prix reconnaissance de carrière Persillier-Lachapelle, remis par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le 8 octobre 2011, au Salon Bleu de l'Assemblée nationale. M. Mailloux a été reconnu pour avoir consacré ses talents et son énergie à la défense des droits des personnes handicapées, à l'amélioration de leurs conditions de vie et à leur intégration sociale. Reconnu pour son leadership, il est l'instigateur de nombreux projets, dont le Téléthon régional de la paralysie cérébrale, devenu le Téléthon de la Ressource.

Par son implication et l'envergure de son action, Rémy Mailloux représente pour tout le réseau de la santé et des services sociaux de la région, un modèle inspirant qui invite chacun à dépasser ses propres limites.

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue profite de la tribune offerte par le rapport annuel pour souligner, à nouveau, le mérite de notre lauréat et lui témoigner notre admiration et notre reconnaissance. BRAVO RÉMY!

Des résultats enviables

C'est avec beaucoup de fierté que nous vous présentons nos résultats pour l'année 2011-2012. Parmi nos réussites, il faut souligner le bilan de l'entente de gestion qui confirme que la majorité des résultats ont été obtenus avec succès. En fait, cela dénote une offre de service régionale très avantageuse.

Il est évident que la performance révélée par ces résultats et l'identification des pistes d'amélioration auraient été impossibles sans l'effort constant, la détermination et la créativité du personnel de l'ensemble des établissements et de l'Agence.

Les défis 2012-2013

Services de santé de première ligne : Les services de santé de première ligne sont le premier point de contact avec la population. Leur efficacité est essentielle pour un système de santé efficient et de qualité. Les services sont le cœur de notre système. Dans la région, ils se sont développés de manière variable et sont encore trop souvent méconnus. Dans le but d'en faire la promotion, l'Agence travaille à l'organisation d'un colloque régional concernant les services de première ligne, à l'intention des gestionnaires, des intervenants du réseau, des médecins et des pharmaciens.

Par ailleurs, un effort sera demandé au réseau régional pour améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux de première ligne par la mise en place ou la bonification d'un projet intégrateur centre de santé et de services sociaux (CSSS)/groupe de médecine familiale (GMF).

De plus, le guichet de la clientèle orpheline pour les personnes sans médecin de famille, qui se veut un moyen privilégié pour l'amélioration de la prise en charge des usagers, sera mis en ligne sur le site Web de l'Agence. Le guichet demeure une responsabilité des CSSS tant pour la gestion de la base des données que pour les inscriptions de la clientèle orpheline.

Radio-oncologie : Le 19 mars 2012, le ministre Yves Bolduc a autorisé l'élaboration d'un dossier de présentation stratégique en vue de la construction d'installations permettant d'accueillir un service de

radio-oncologie en Abitibi-Témiscamingue. La réalisation de ce dossier constitue la première étape du cheminement de tout projet immobilier évalué à plus de 40 millions de dollars.

Actuellement, les services de radio-oncologie sont offerts aux patients de la région par des équipes de Montréal et de Gatineau. Pour les personnes atteintes de cancer, cela se traduit par des déplacements de plusieurs centaines de kilomètres et des séjours prolongés loin de leur domicile. Le fait de rendre la radio-oncologie disponible dans la région améliorera significativement la qualité de vie des patients et de leurs proches.

L'autorisation donnée au CSSS de Rouyn-Noranda constitue une étape importante. Toutefois, pour créer un centre régional, il reste encore beaucoup de travail à faire. Pour l'année à venir, il apparaît important de poursuivre les travaux en vue de la mise en place du centre de radio-oncologie en collaboration avec l'ensemble des CSSS de la région. Ainsi, tous les partenaires poursuivront le travail nécessaire pour bien définir les paramètres cliniques, immobiliers et budgétaires du nouveau centre.

Fonctionnement réseau : L'Abitibi-Témiscamingue possède un modèle régional original et représentatif de sa géographie particulière, de sa culture de solidarité et des principes de partage. Ainsi, même si la région ne compte pas d'établissement régional (hôpital régional), celui-ci existe virtuellement par la coopération fondée sur des spécialités réparties entre l'ensemble des CSSS de la région.

Actuellement, il y a lieu de renforcer ce modèle singulier basé sur les fonctions hospitalières en formalisant les responsabilités et les ententes de service. Cet exercice exigera le soutien des directions générales, la participation active des médecins visés par les spécialités et la collaboration soutenue de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (Table des chefs). Pour cette année, il est souhaité que 50 % des spécialités aient fait l'objet d'une proposition d'entente de la Table des chefs.

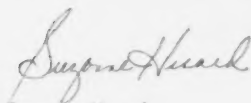
Il est tout aussi important de consolider la concertation entre l'Agence et les établissements par la mise en place d'un cadre de concertation régionale formalisant les responsabilités de chacun des partenaires. Pour l'année 2012-2013, il s'agira de l'élaboration d'un cadre de concertation régionale avec un objectif d'imputabilité, un meilleur partage des responsabilités et une appropriation supérieure des enjeux régionaux.

Conclusion

Nous ne pouvons conclure sans adresser un mot de félicitations au personnel de l'Agence et des établissements. Une organisation comme la nôtre a besoin de la contribution de tout son personnel dans les moments importants, surtout lorsque la tâche à accomplir est colossale. Recevez notre vive appréciation pour votre travail!

Bonne lecture!

La présidente du conseil d'administration,



Suzanne Huard

Le président-directeur général,



Jacques Boissonneault

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2011-2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue :

- ↳ présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- ↳ présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2011-2012.

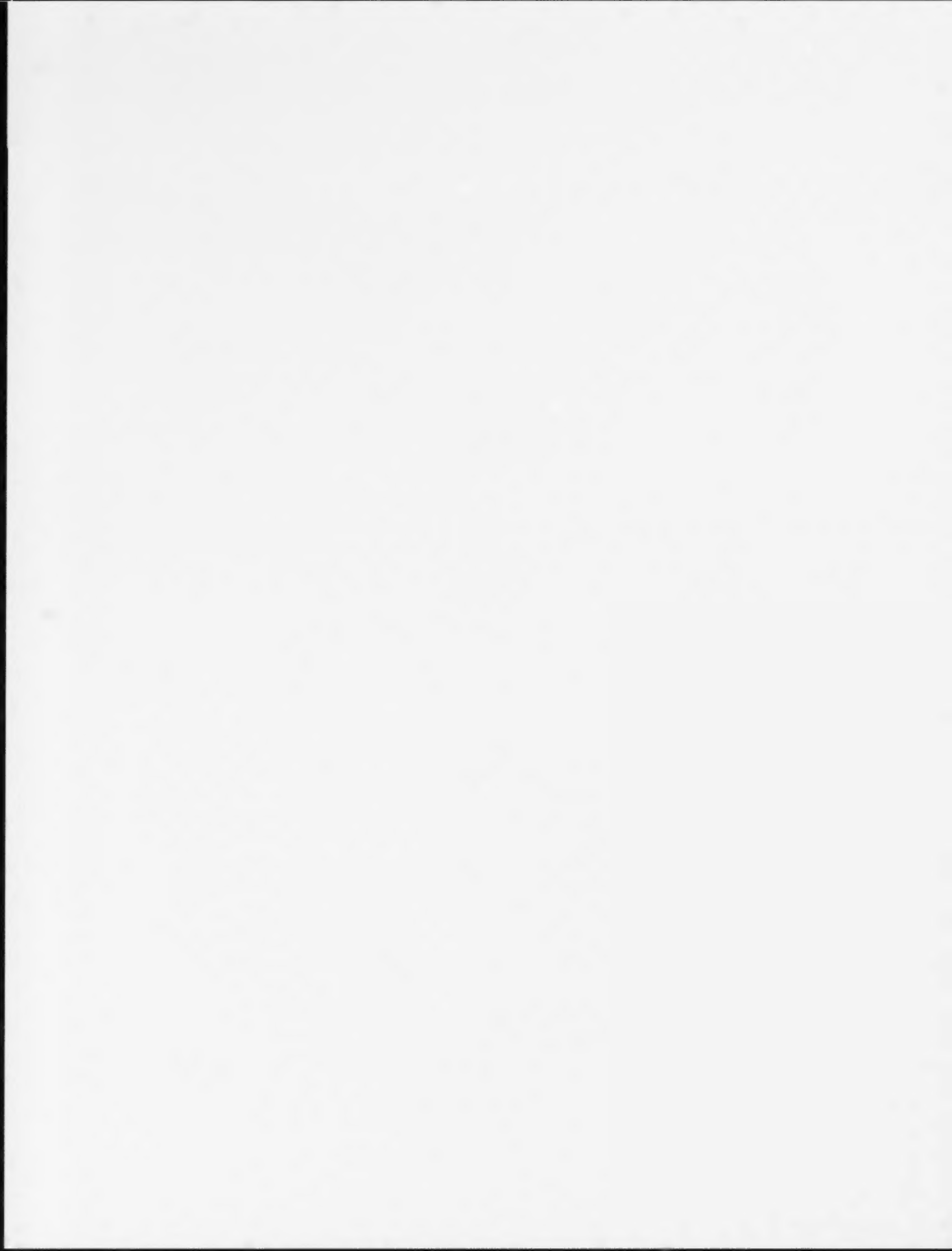


Jacques Boissonneault
Président-directeur général

SECTION

1

**Rôle et état général
de fonctionnement de
l'Agence**



1. Rôle et état général de fonctionnement de l'Agence

Mission, territoire, population

Mission

Le gouvernement a institué, dans chaque région qu'il a délimitée, une agence de la santé et des services sociaux (art. 339 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux [LSSSS, L.R.Q. c. S-4.2]).

L'agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Territoire

La région de l'Abitibi-Témiscamingue est délimitée à l'ouest par la frontière du Québec et de l'Ontario, au nord, par le 49^e parallèle et, du sud à l'est, par les municipalités régionales de comté (MRC) de Pontiac, de la Vallée-de-la-Gatineau et du Haut-Saint-Maurice. C'est l'une des plus vastes régions du Québec avec quelque 65 000 km² de superficie; les distances y sont donc importantes. Ainsi, il faut compter près de 400 kilomètres de route entre Senneterre, au nord-est, et Témiscaming, au sud-ouest.

Au total, 65 municipalités se partagent le territoire, sans compter dix territoires non organisés. À ces derniers s'ajoute la population algonquienne qui se répartit entre les quatre réserves indiennes de Kebaowek, Timiskaming, Pikogan et Lac-Simon ainsi que les trois établissements indiens de Hunter's Point, Winneway et Kitcisakik.

Population

Selon les plus récentes estimations démographiques¹, en 2011, la population de l'Abitibi-Témiscamingue s'élevait à 146 419 personnes, ce qui représente 1,8 % de la population du Québec. La population de l'Abitibi-Témiscamingue se révèle un peu plus jeune que la population québécoise et les hommes y sont légèrement majoritaires.

La région se divise en cinq territoires de CSSS. Les plus peuplés sont ceux de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda qui regroupent respectivement 29,5 % et 28,1 % de la population régionale. Le territoire Les Eskers de l'Abitibi et celui des Aurores-Boréales rassemblent, pour leur part, 17 % et 14,2 % des Témiscabitiens. Quant au territoire du Témiscamingue, il est le moins peuplé avec 11,2 % des habitants de la région.

Les Premières Nations sont présentes en Abitibi-Témiscamingue et comptent environ 6 900 membres en 2011², ce qui représente 4,8 % de la population régionale.

¹ Source : Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec.

² Source : Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. Registre de la population indienne au 31 décembre 2011.

Plan d'organisation, organigramme et effectifs de l'Agence

Plan d'organisation

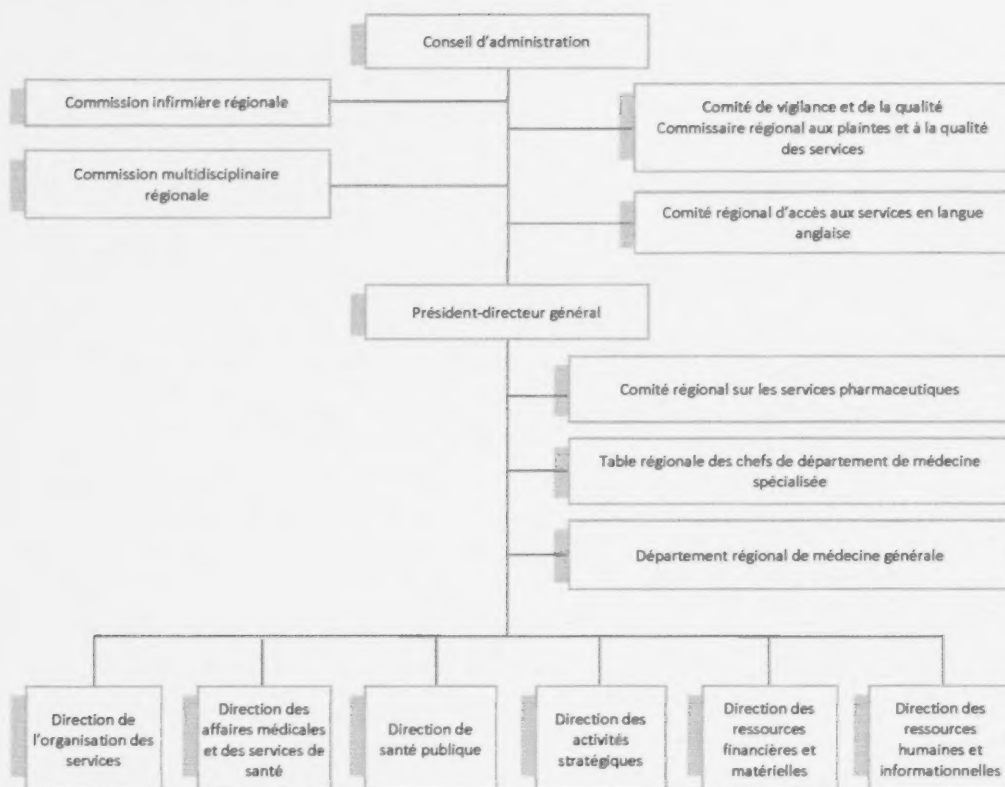
Le plan d'organisation de l'Agence est conçu de façon à assurer la coordination de ses différentes composantes, et ce, afin de réaliser les mandats qui lui sont conférés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Outre sa mission spécifique de mettre en place sur son territoire une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, l'Agence assume des fonctions reliées :

- ↳ à la population et aux usagers;
- ↳ à l'allocation des ressources financières;
- ↳ à l'organisation des services;
- ↳ à la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles;
- ↳ à la santé publique;
- ↳ aux priorités de santé et de bien-être.

L'organisation comprend :

- ↳ un conseil d'administration, composé de membres issus de la région, assurant la gestion des orientations de l'organisation et l'imputabilité auprès du Ministre;
- ↳ quatre instances régionales consultatives au conseil d'administration et trois instances régionales consultatives au président-directeur général, assurant l'expertise utile à une réponse adaptée aux multiples besoins de la population de la région;
- ↳ un bureau du président-directeur général;
- ↳ six directions :
 - Direction de l'organisation des services;
 - Direction des affaires médicales et des services de santé;
 - Direction de santé publique;
 - Direction des activités stratégiques;
 - Direction des ressources financières et matérielles;
 - Direction des ressources humaines et informationnelles.

Organigramme



Effectifs de l'Agence

Le tableau ci-dessous regroupe l'ensemble des ressources humaines qui œuvraient pour l'Agence au 31 mars 2012.

Tableau 1
Effectifs de
l'Agence au
31 mars 2012

PERSONNEL	2011-2012	2010-2011	VARIATION
LES CADRES			
‣ Temps complet (excluant les cadres en stabilité d'emploi)	18	18	0
‣ Temps partiel	0	0	0
Nombre de personnes : équivalents à temps complet (excluant les cadres en stabilité d'emploi)	0	0	0
‣ Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0	0
LES EMPLOYÉS RÉGULIERS			
‣ Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	75	76	-1
‣ Temps partiel	4	3	1
Nombre de personnes : équivalents à temps complet (excluant les cadres en sécurité d'emploi)	2	1,5	0,5
‣ Nombre de personnes en sécurité d'emploi	0	0	0
LES OCCASIONNELS			
‣ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	15 784	7 671	8 113
‣ Équivalent à temps complet	9	4	5

Note : Les 11 médecins et dentistes rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont exclus des données ci-dessus mentionnées.

Communications

L'Agence reconnaît et encourage le droit à l'information de la population sur les services de santé et les services sociaux de la région, sur leur organisation et sur leur fonctionnement.

Par l'entremise de la Direction des activités stratégiques, elle prend les moyens jugés les plus appropriés pour transmettre une information claire, complète, véridique, accessible et la plus objective possible.

Elle cherche à connaître et à comprendre les besoins en information des différents groupes, ciblés à l'interne et à l'externe, et établit une saine relation d'affaires avec les médias locaux, régionaux et nationaux.

En bref, voici les principales productions externes réalisées par l'Agence :

- la planification stratégique annuelle;
- le Rapport annuel de gestion de l'Agence et celui du directeur de santé publique ainsi que le Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services;
- les ententes de gestion et d'imputabilité avec les établissements et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
- les communiqués de presse (33), les entrevues (350) avec les journalistes ainsi que les conférences et les points de presse (22);
- les états de situation pour les différents cabinets ministériels;
- les relations publiques (participation ou organisation de colloques, forums, rencontres publiques d'information, etc.), la participation ou la collaboration à des événements de type socioéconomique;
- les campagnes d'information, publicitaires ou promotionnelles;
- le site Internet de l'Agence (www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca);
- l'ensemble des publications (documents, bulletins, dépliants, affiches, etc.) produites par l'Agence et destinées aux publics externes, dont le Conseil en bref, les fascicules thématiques et le Contaminant (ce dernier produit par la Direction de santé publique à l'intention des partenaires professionnels de la santé).

Les communications permettent de réaliser les mandats d'information de l'Agence auprès de la population et de faire connaître le dévouement et les réussites du personnel du réseau.

Les établissements de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Tableau 2

Missions des
établissements
et spécialités
régionales

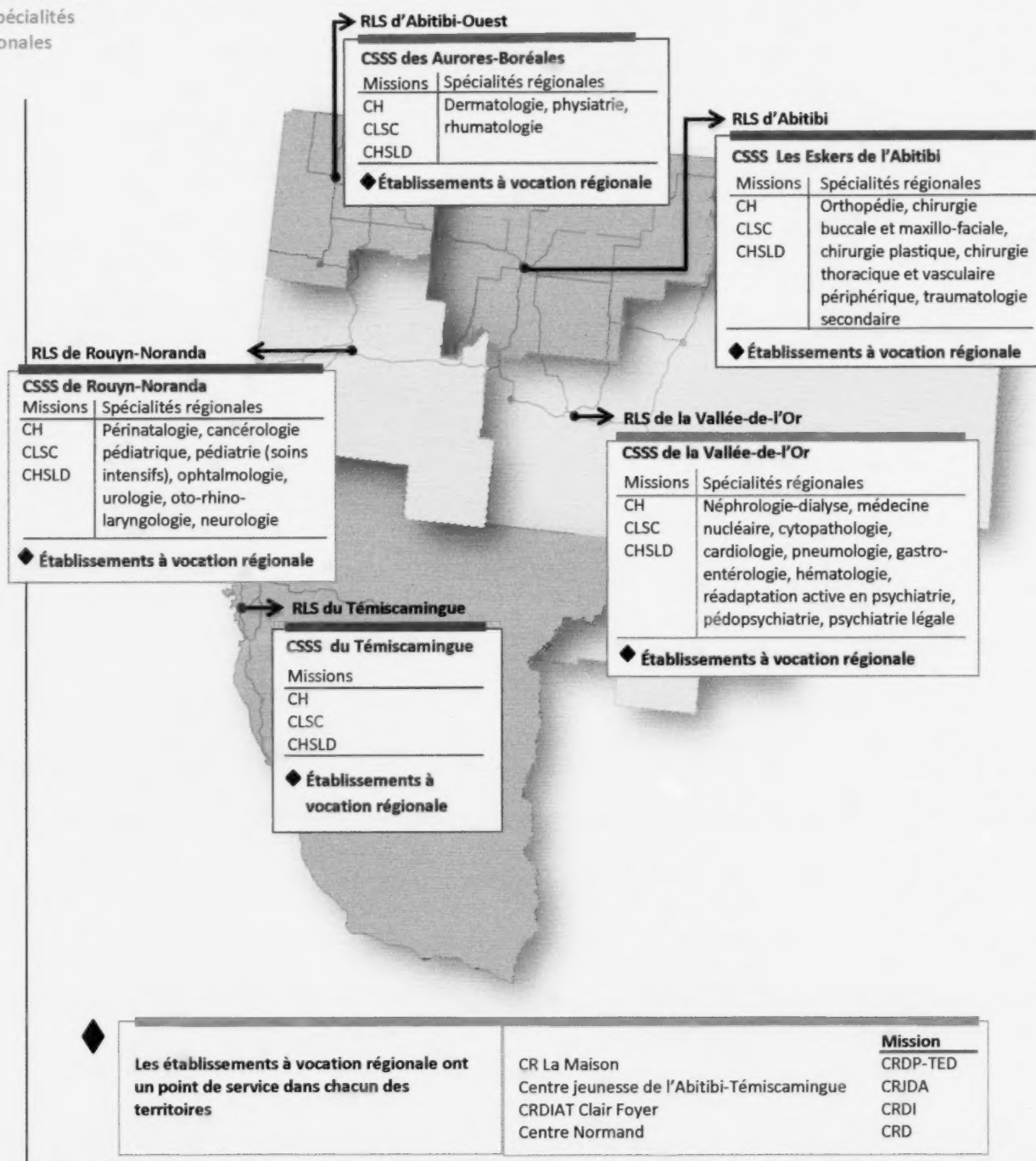


Tableau 3Effectifs des
établissements
au 31 mars 2012

PERSONNEL	2011-2012	2010-2011	VARIATION
PERSONNEL CADRE			
Temps complet (excluant les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi)	252	249	3
Temps partiel (excluant les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi) :			
Nombre de personnes	28	31	-3
Équivalent temps complet	18	18	0
Personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi	0	2	-2
PERSONNEL RÉGULIER			
Temps complet (excluant les personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi)	2 411	2 411	0
Temps partiel (excluant les personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi)			
Nombre de personnes	1 525	1 477	48
Équivalent temps complet	891	958	-67
Personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi	2	3	-1
Personnel non-détenteur de poste			
Nombre d'heures rémunérées	2 165 722	2 193 735	-28 013
Équivalent à temps complet	1 168	1 196	-28

Source : Données opérationnelles selon le rapport financier annuel AS-471 au 31 mars 2012 (page 234).

Organismes communautaires

Tableau 4Organismes
communautaires
subventionnés
dans le cadre du
Programme de
soutien aux
organismes
communautaires
(PSOC) au
31 mars 2012

	Nombre d'organismes	PSOC (\$)	Nombre d'organismes	PSOC (\$)
	2011-2012		2010-2011	
Accès logis	0	0	0	0
Alcoolisme et autres toxicomanies	7	807 317	7	788 403
Autres ressources jeunesse	5	211 323	5	210 449
Agressions à caractère sexuel	4	751 300	4	733 692
Centres d'action bénévole	4	310 736	4	303 453
Centres de femmes	3	538 677	3	526 052
Communautés culturelles	0	0	0	0
Concertation régionale	1	81 705	1	79 790
Familles	0	0	0	0
Hommes en difficulté	2	233 755	2	228 276
Maintien à domicile	23	274 891	24	270 568
Maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence	4	2 589 068	4	2 528 387
Maisons de jeunes	9	645 699	9	630 566
Mesures de rechange	1	535 980	1	523 418
Multiclientèles	2	104 326	2	101 881
Personnes démunies	5	172 815	5	168 765
Personnes handicapées	21	1 683 151	21	1 652 564
Santé mentale	22	2 251 997	22	2 199 206
Santé physique	12	151 713	12	148 739
Services généraux	0	0	0	0
Sida	1	56 368	1	55 047
TOTAL	126	11 400 821	127	11 149 256

Conseil d'administration

Sa composition

Du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012, le conseil d'administration de l'Agence a tenu six assemblées ordinaires et deux assemblées extraordinaires.

Un processus de renouvellement des membres du conseil d'administration a eu lieu au terme duquel six personnes ont été nommées ou ont vu leur mandat renouvelé, le 22 novembre 2011, pour une période de quatre ans.

Tableau 5

Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2012

Représentativité	Membres
*Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	Poste vacant
*Département régional de médecine générale	D ^{re} Julie Richer
*Commission infirmière régionale	M ^{me} Annie Perron
*Commission multidisciplinaire régionale	M. Donald Renault
Milieu communautaire	M ^{me} Micheline Bergeron
Milieu de l'enseignement	M ^{me} Lyne Fecteau
*Comité des usagers	M ^{me} Madeleine Paquin
*Milieu syndical	M ^{me} Marie Méthot
Socio-économique	M ^{me} Suzanne Huard
Socio-économique	M. Serge Larche
Établissements : CSSS	M ^{me} Suzanne Couture
Établissements : Vocation régionale	Poste vacant
Membre coopté	M. Robert Bellemare
Membre coopté	M. Marc-André Côté
Membre coopté	M. Pierre Bérubé
Président-directeur général de l'Agence	M. Jacques Boissonneault

* Nouveau membre ou mandat renouvelé

Instances consultatives

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité a pour mandat d'assurer le suivi aux plaintes examinées et aux recommandations formulées par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services. Le comité reçoit et analyse les rapports du commissaire régional portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité, l'efficacité des services rendus et le respect des droits des usagers par les organismes communautaires, les résidences privées pour aînés, les services préhospitaliers d'urgence et les ressources d'hébergement en toxicomanie ou jeu pathologique.

À ce titre, les membres du comité ont recommandé au commissaire régional de s'assurer que les personnes vivant en résidence privée soient référées au CSSS dès qu'une perte d'autonomie est constatée afin que des mesures soient mises en place pour assurer leur sécurité. Le comité de vigilance et de la qualité a été informé des modifications apportées au Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés, d'où l'importance que l'Agence informe les propriétaires des changements apportés à leurs obligations. En ce qui a trait aux services préhospitaliers d'urgence, le comité a demandé au commissaire régional d'intervenir auprès des entreprises ambulancières lorsque

les comportements des ambulanciers portent atteinte à la dignité des personnes et de leur vie privée. Les membres du comité ont manifesté leur appui au commissaire régional pour que des recommandations soient formulées aux organismes communautaires afin qu'un code de conduite soit appliqué auprès des employés et bénévoles lorsque des plaintes concernent le manque de courtoisie et de compassion envers les personnes.

Le commissaire régional soumet aux membres du comité de vigilance et de la qualité les motifs d'insatisfactions présentés par les usagers, les constats et les conclusions ayant conduit à des recommandations aux instances concernées pour améliorer les services aux usagers, par des mesures correctives. Le comité est également informé et donne son avis sur les activités d'assistance, d'information, de consultation et les interventions réalisées par le commissaire régional portant sur le respect des droits des usagers.

Le comité de vigilance et de la qualité a tenu trois rencontres au cours de l'année. Au 31 mars 2012, il était composé des personnes suivantes.

Tableau 6

Membres du comité de vigilance et de la qualité au 31 mars 2012

Représentativité	Membres
Membre du conseil d'administration de l'Agence, comités des usagers des établissements	M ^{me} Madeleine Paquin, présidente
Membre du conseil d'administration de l'Agence, commission multidisciplinaire régionale	M. Donald Renault
Membre du conseil d'administration de l'Agence, organismes du milieu communautaire	M ^{me} Micheline Bergeron
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services	M. Alain Couture
Président-directeur général de l'Agence	M. Jacques Boissonneault

Comité régional d'accès aux services en langue anglaise

Le dossier sur la langue anglaise est transversal puisqu'il concerne l'accessibilité à l'ensemble des services de santé et des services sociaux pour la clientèle anglophone de l'Abitibi-Témiscamingue. Au cours de l'exercice 2011-2012, l'Agence a poursuivi ses efforts pour soutenir les établissements dans la mise en œuvre de stratégies en cohérence avec les plans d'action identifiés dans le programme d'accès 2010-2014.

Les membres du comité régional d'accès aux services en langue anglaise se sont réunis à quatre occasions au cours de l'exercice 2011-2012. Outre l'échange d'informations, l'objectif de ces rencontres était de participer à l'implantation du projet d'adaptation des programmes en langue anglaise. C'est pourquoi les membres ont également été invités à rencontrer les répondants en langue anglaise des établissements de leur territoire respectif afin de tisser des liens et confirmer que les programmes identifiés par les établissements répondent bien aux besoins de la population anglophone. Ces rencontres ont favorisé la collaboration entre les établissements du réseau et les représentants de la population anglophone de la région pour la mise en œuvre de certains programmes.

Tableau 7

Membres du
comité régional
d'accès aux
services en
langue anglaise
au 31 mars 2012

Représentativité	Membres
Communauté anglophone de Rouyn-Noranda	M ^{me} Diane Pollock
Association Neighbours	M ^{me} Etsie Sullivan
Association Neighbours	M ^{me} Sharleen Sullivan
Communauté de Temiskaming First Nation	M ^{me} Norma Heath
Algonquin Nation Program and Services Secretariat	M ^{me} Donna McBride
Communauté anglophone de Val-d'Or	M ^{me} Debbie Pitts
Centre d'entraide et d'amitié autochtone de Senneterre	M ^{me} Rebecca Moore
Communauté anglophone de Témiscaming-et-de-Kipawa	M ^{me} Josette McCann
Horizon palliative cares (Témiscaming)	M ^{me} Sherril Bentley
Conseil d'administration de l'Agence	M ^{me} Madeleine Paquin

Par ailleurs, l'Agence a accepté l'invitation de l'Association Neighbours de Rouyn-Noranda de siéger aux rencontres bisannuelles de la table des partenaires de cet organisme. Enfin, l'Agence a développé des contacts avec l'organisme anglophone Service d'accueil, de référence, de conseils et d'accompagnement (SARCA) ainsi qu'avec le nouveau centre Community Learning Center de Val-d'Or qui ont exprimé leur intérêt à siéger au comité régional.

Formation du personnel du réseau : L'Agence a poursuivi la coordination et le suivi des programmes de formation en langue anglaise pour le personnel des établissements dans le cadre du programme financé par Santé Canada et coordonné par l'Université McGill : 143 personnes provenant des CSSS du Témiscamingue, Les Eskers de l'Abitibi, de Rouyn-Noranda, de la Vallée-de-l'Or et du Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue ont participé à ce programme.

Adaptation des programmes en langue anglaise : L'Agence a procédé à l'implantation du projet d'adaptation des programmes de prévention et de promotion de la santé pour la clientèle d'expression anglaise, financé par Santé Canada et coordonné par le Réseau communautaire des services de santé et de services sociaux (RCSSS), dans le cadre du Programme de contribution pour les langues officielles 2009-2013. Pour ce faire, l'Agence a rencontré les établissements à seize reprises, afin de les sensibiliser au dossier, d'identifier les programmes dont l'adaptation en anglais pourrait être pertinente et de les soutenir dans la mise en œuvre du projet. Parmi les activités réalisées par l'Agence à la suite de ces rencontres, citons :

- quatre ateliers-rencontres organisés et offerts par l'Agence aux femmes anglophones du Témiscamingue et de la Vallée-de-l'Or pour les sensibiliser à la santé des seins. Soixante-dix femmes ont participé à ces activités;
- traduction de matériel nécessaire (imprimé ou vidéo) pour offrir à la clientèle anglophone des ateliers sur des thématiques particulières (diabète, maladies chroniques, santé des seins, etc.);
- soutien à l'organisme communautaire Assaut sexuel secours pour permettre aux intervenantes d'offrir des services et du support aux femmes anglophones;
- soutien à l'organisme communautaire Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale pour la traduction du matériel *Branchons-nous sur les rapports de force* destiné aux jeunes du milieu scolaire ainsi qu'à leurs parents;
- soutien à l'organisme communautaire Liaison Justice pour adapter du matériel de prévention destiné aux jeunes;
- achat et diffusion de guides, cartables d'information ou DVD, destinés à la clientèle anglophone : *Getting to know your diabetes*, *Family Violence* et *System D*.

L'Agence a également donné un appui à la réalisation d'activités par les établissements ou des organismes communautaires :

- soirée d'information auprès de la population du Témiscamingue pour recruter des familles d'accueil anglophones. Cette soirée a été organisée par des membres du comité régional d'accès aux services en langue anglaise, en partenariat avec le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue;
- présentation par l'organisme Liaison Justice du programme en prévention de la criminalité Passe ton tour aux jeunes de Golden Valley School. Cette activité a permis de rejoindre 99 jeunes et 5 adultes du secteur de Val-d'Or.

D'autres programmes sont en cours d'adaptation et devraient être offerts au cours de l'exercice 2012-2013.

Accessibilité des documents en langue anglaise : L'Agence a diffusé 12 communiqués de presse, traduits en anglais, auprès des communautés anglophones et a assuré la traduction de 76 formulaires, protocoles et autres documents d'information produits par les établissements pour leur clientèle, incluant la traduction du programme d'accès en langue anglaise 2010-2014 et celle du calendrier 2012 sur les droits des usagers en matière de santé et de services sociaux.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Plusieurs enjeux ont été discutés et traités lors des quatre rencontres tenues tout au long de l'année, notamment la standardisation des ordonnances collectives dans la région. À cet effet, un comité régional a été formé, donnant ainsi lieu aux premières ordonnances collectives standardisées, et ce, dans tous les secteurs de l'Abitibi-Témiscamingue. Cette initiative a d'ailleurs été soulignée au plan provincial. Issue de la collaboration entre les CSSS et les pharmacies partenaires des différents territoires, elle permet d'améliorer l'accessibilité à des soins et des services pharmaceutiques pour l'ensemble de la population.

Le comité a aussi travaillé activement à la présentation, en région, d'activités de formation continue offertes par l'Université de Montréal. Une première qui a permis de rendre accessible la formation à un plus grand nombre de pharmaciens de la région.

Les autres préoccupations du comité concernent le projet de système automatisé et robotisé de distribution des médicaments (SARDM) en établissement de santé, le suivi relatif à l'implantation du Dossier de santé du Québec (DSQ), la formation en cours d'emploi des assistantes techniques en pharmacie en établissement de santé et la récupération sécuritaire du matériel injectable dans les pharmacies communautaires.

Le CRSP intensifie les communications entre les pharmaciens de la région et poursuit le travail de collaboration avec le personnel infirmier et les médecins afin de continuer à offrir des soins pharmaceutiques de qualité à la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

Tableau 8
Membres du
comité régional
sur les services
pharmaceutiques
au 31 mars 2012

Représentativité	Membres
Pharmacien oeuvrant dans une pharmacie communautaire	M ^{me} Émilie Chénard
Chef de département clinique de pharmacie	M ^{me} Suzie Alain
Pharmacien oeuvrant dans un centre exploité par un établissement de santé	M. Patrick Grenier
Pharmacien propriétaire	M ^{me} Marie-Josée Girard, présidente
Agence	M. Jacques Boissonneault, président-directeur général

Commission infirmière régionale (CIR)

Au cours de l'année, la CIR s'est penchée sur différents dossiers dont celui des infirmières praticiennes de première ligne, la formation continue, la planification de la main-d'œuvre, le Centre virtuel de santé et de services sociaux ainsi que les ordonnances collectives.

Deux lettres d'appui ont été adressées à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) concernant le programme de maîtrise en sciences infirmières et le programme de maîtrise en sciences infirmières concentration santé mentale et soins psychiatriques.

D'autres sujets d'intérêt commun ont fait l'objet de présentations à la CIR, notamment :

- stratégie régionale de main-d'œuvre;
- partage d'expertise infirmière;
- état de réalisation 2008-2010 : Programme de lutte contre le cancer en Abitibi-Témiscamingue;
- programme AVC : Agir mieux, ça change tout.

À l'automne 2011, l'ensemble des postes de la CIR a été amené en processus de désignation.

Tableau 9
Membres de la
commission
infirmière
régionale au
31 mars 2012

Représentativité	Membres
Présidente et représentante des comités exécutifs du conseil des infirmières et infirmiers	M ^{me} Annie Perron, CSSS Les Eskers de l'Abitibi
Vice-présidente et représentante de l'UQAT	M ^{me} Manon Lacroix
Représentantes des comités exécutifs du conseil des infirmières et infirmiers	M ^{me} Michelle Paquin, CSSS des Aurores-Boréales M ^{me} Jenny Rivard, CSSS de la Vallée-de-l'Or Poste vacant
Représentantes des comités des infirmières et infirmiers auxiliaires	M ^{me} Marie-Claude Marion, CSSS de Rouyn-Noranda M ^{me} Stéphanie Vallée, CSSS de la Vallée-de-l'Or
Gestionnaires des soins infirmiers	M ^{me} Chantal Tremblay, CSSS de Rouyn-Noranda Poste vacant
Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	M ^{me} Claire Maisonneuve
Infirmière reconnue pour son expertise de pointe	M ^{me} Diane Trottier, Maison de la Source Gabriel de Val-d'Or
Observatrice de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue	M ^{me} Marie Kureluk
Observatrice	M ^{me} Sylvie Thérberge, agente de planification en santé mentale, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Agence	M ^{me} Lise Dubé, professionnelle désignée

Commission multidisciplinaire régionale (CMUR)

À la suite de l'appel de candidatures lancé par l'Agence lors de l'exercice précédent pour renouveler les membres de la commission, de nouvelles personnes ont été désignées par leur établissement ou leur conseil multidisciplinaire local afin de siéger à la CMUR.

Au cours de l'exercice 2011-2012, la CMUR a tenu quatre rencontres. À la demande des membres, une réflexion sur le rôle et les mandats de la commission a été amorcée. Dans cette perspective, un questionnaire a été élaboré et soumis aux conseils exécutifs des conseils multidisciplinaires locaux afin d'étayer leur démarche.

Deux dossiers ont été présentés aux membres :

- la stratégie régionale de main-d'œuvre;
- la maltraitance envers les personnes âgées.

Ces présentations reflètent la volonté de l'Agence d'informer les membres de la CMUR sur les dossiers en cours afin d'alimenter leur réflexion et d'échanger sur les enjeux et les défis du réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue pour les prochaines années.

Par ailleurs, les membres procèdent actuellement à la mise à jour des règlements de la CMUR.

Tableau 10

Membres de la commission multidisciplinaire régionale au 31 mars 2012

Représentativité	Membres
UQAT	M ^{me} Lise Pelletier
Domaine social	
UQAT	Vacant
Domaine santé	
Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	M ^{me} Mireille Hubert, présidente
Domaine technique	M ^{me} Sandra Charest, CSSS du Témiscamingue
	M ^{me} Annie Hallée, CSSS de Rouyn-Noranda
Domaine social	M ^{me} Annie Carrier, CSSS Les Eskers de l'Abitibi
	M. Donald Renault, CSSS des Aurores-Boréales
Domaine de la santé	M ^{me} Rosane Beaulé, CSSS du Témiscamingue
	M ^{me} Martine St-Louis, CSSS de Rouyn-Noranda
	M ^{me} Marie-Claude Gagné, CSSS de la Vallée-de-l'Or
	M ^{me} Hélène Michaud, CSSS de la Vallée-de-l'Or
Domaine de la réadaptation	Vacant
Agence	M ^{me} Sylvie Routhier, directrice de l'organisation des services

Département régional de médecine générale (DRMG)

Au sein de chaque agence, un DRMG doit être constitué. Celui-ci est composé de tous les médecins omnipraticiens de la région, y compris ceux qui pratiquent en cabinet privé.

Le comité de direction du DRMG a tenu six rencontres régulières entre avril 2011 et mars 2012. Voici les principaux sujets traités lors de ces rencontres :

- le Plan régional d'effectifs médicaux 2011-2012 en médecine générale ainsi que l'identification des besoins et les objectifs de croissance signifiés par le MSSS;
- l'entente particulière sur l'adhésion aux activités médicales particulières (AMP), dont l'inscription des omnipraticiens aux secteurs d'activités prioritaires déterminés par le DRMG;
- l'accessibilité à un médecin de famille et le développement des GMF.

De plus, le DRMG participe et contribue aux travaux suivants :

- le guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien;
- le suivi relatif à l'implantation du DSO;
- l'organisation territoriale des services médicaux généraux.

Afin de favoriser la participation de tous les médecins et de remplacer l'assemblée générale annuelle, le comité de direction du DRMG poursuit sa tournée des différents CSSS.

Finalement, le comité de direction assure la diffusion de l'outil d'information INFO-DRMG à tous les médecins omnipraticiens de la région.

Tableau 11

Membres du comité de direction du Département régional de médecine générale au 31 mars 2012

Représentativité	Membres
CSSS de Rouyn-Noranda	D ^{re} Julie Richer
Médecin travaillant en GMF	D ^r Jean-Yves Boutet, chef du département
Cabinet privé	Vacant
CSSS des Aurores-Boréales	D ^{re} Christiane Faille
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	D ^r Frédéric Turgeon
CSSS du Témiscamingue (Pavillon Sainte-Famille)	D ^r Paul-Émile Barbeau
CSSS de la Vallée-de-l'Or	D ^{re} Véronique Goudreau
CSSS du Témiscamingue (Pavillon Témiscaming-Kipawa)	D ^r Gordon Brock
Directeurs des services professionnels (DSP) des CSSS	D ^{re} Annie Léger
Agence	M. Jacques Boissonneault, président-directeur général

Forum de la population

À la suite de l'adoption du projet de loi 127, visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux, rendant le Forum de la population non obligatoire, cette instance consultative a été abolie en août 2011.

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (Table des chefs)

Au cours de l'exercice, le comité de direction de la Table des chefs a tenu trois rencontres régulières.

La planification quinquennale du MSSS, pour les plans régionaux d'effectifs médicaux, a été déposée cette année. L'objectif est d'assurer la répartition équitable des effectifs médicaux en spécialités en attribuant, par réseau universitaire intégré de santé (RUIS) et à chaque région, une part des nouveaux médecins selon une approche populationnelle.

De plus, le chantier sur la révision des services médicaux spécialisés, amorcé en janvier 2008, s'est poursuivi afin d'élaborer des protocoles d'entente. Ces derniers sont destinés à engager les médecins spécialistes, selon une entente entre les parties signataires, pour offrir une desserte régionale en respectant les règles établies par la Table des chefs, les établissements et l'Agence.

Tableau 12

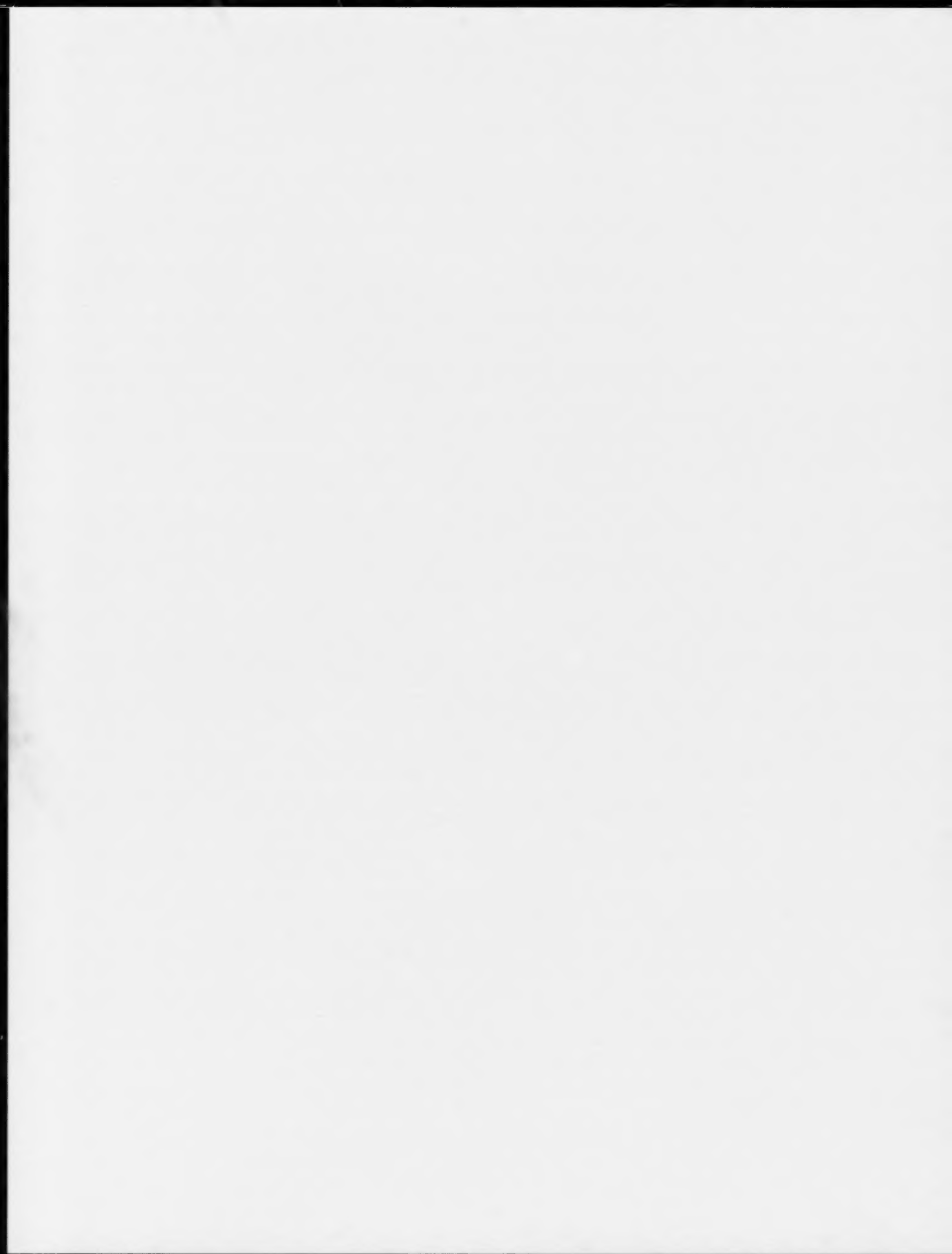
Membres du comité de direction de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée au 31 mars 2012

Représentativité	Membres
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	D ^{re} Édith Beauregard, domaine clinique de la chirurgie D ^{re} Liette Boyer, domaine clinique de la médecine D ^r Daniel Martin, domaine clinique de l'anesthésiologie
CSSS de Rouyn-Noranda	D ^r Hugo Delorme, domaine clinique de la médecine, président D ^{re} Renée Lamontagne, domaine clinique de la psychiatrie
CSSS de la Vallée-de-l'Or	D ^r Ismail Kaloul, domaine clinique de l'anesthésiologie D ^r Tai-Hung Do, domaine clinique de l'imagerie médicale D ^r Ghislain Lauzon, domaine clinique de la pneumologie
CSSS des Aurores-Boréales	D ^r Sofiane Ouertani, domaine clinique de l'obstétrique-gynécologie
Agence	M. Jacques Boissonneault, président-directeur général

SECTION

2

**Activités de
l'Agence**



2. Activités de l'Agence

Grands défis de l'année

◆ Optimisation

Le 9 décembre 2010, le Ministre annonçait que d'ici l'exercice 2013-2014, les dépenses administratives dans le secteur de la santé et des services sociaux seraient réduites de façon marquée au profit des soins et services offerts à la population. Des gains de productivité de 730 millions de dollars sont visés.

Afin d'obtenir ces gains, des projets nationaux d'optimisation des ressources du réseau ont été lancés dans plusieurs domaines : technologies de l'information (regroupement des centres de traitement), approvisionnement (fusion des corporations d'achats), baisse des prix des médicaments, amélioration de l'efficacité dans la dispensation des services et domaine clinique (soutien à domicile).

Par ailleurs, les directions des établissements de la région ont amorcé une réflexion qui a mené à la mise en œuvre de chantiers régionaux d'optimisation. Ceux-ci devront répondre à la demande de réduction des dépenses tout en améliorant la façon dont les services sont dispensés.

Les projets régionaux ciblés sont l'optimisation des bureaux de santé, l'optimisation des buanderies, la révision des processus d'approvisionnement et l'optimisation de l'organisation régionale des services de réadaptation fonctionnelle intensive. D'autres projets seront aussi mis en chantier afin de rencontrer avec succès les cibles financières imposées.

◆ Maltraitance envers les personnes âgées

Afin de mettre en œuvre les actions structurantes du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015, une personne responsable de la coordination régionale et spécialisée en maltraitance envers les aînés a été attitrée au dossier, dans chacune des régions du Québec.

En Abitibi-Témiscamingue, la coordonnatrice a commencé ses activités à l'été 2011. Elle assume un rôle clé dans la concertation entre les partenaires par la transmission d'informations claires et précises, par une lecture juste et avisée des besoins ainsi que par la mise en place de moyens complémentaires de concertation. Déjà, des consultations ont été menées auprès des membres des tables locales en maltraitance, des tables sectorielles des personnes âgées, des répondants en maltraitance et des organisateurs communautaires des CSSS.

Ces échanges ont permis la rédaction d'un inventaire des services et ressources du milieu ainsi que d'un diagnostic régional et par territoire de CSSS. À la lumière de ces informations, un plan d'action régional en maltraitance a été élaboré afin d'harmoniser les activités en prévention, en sensibilisation et en intervention.

À ce jour, des outils en prévention et en sensibilisation ont été créés dans les différents territoires. Des intervenants psychosociaux des CSSS ont été formés sur le dépistage et l'intervention. Maintenant, l'enjeu consiste, d'une part, à maintenir à jour les formations et, d'autre part, à rejoindre

des intervenants du milieu de la santé et d'organismes communautaires pour le repérage et le dépistage. Des outils de dépistage validés existent, mais sont méconnus des intervenants.

Bien que plusieurs actions aient été menées, les défis à relever restent nombreux, notamment au regard de la formation continue du personnel, de l'intensification du repérage et dépistage ainsi que de la mise en place de protocoles qui guident l'intervention dans le respect de la confidentialité et le désir de la personne, et ce, en tenant compte des craintes de représailles.



Gouvernance régionale en cancer

L'Abitibi-Témiscamingue bénéficie d'une organisation de services pour lutter contre le cancer et offrir des traitements qui évoluent d'année en année afin de mieux desservir la clientèle régionale.

En septembre 2011, la nouvelle Direction québécoise du cancer (DQC) rendait publique sa vision relative à un nouveau modèle de gouvernance pour le Québec. Dans *Renforcer la lutte contre le cancer au Québec*, il est demandé à chaque agence de mettre sur pied un réseau hiérarchisé et intégré de lutte contre le cancer. Ce réseau devra comprendre un centre spécialisé en cancer qui sera dirigé par un tandem d'experts formé d'un médecin et d'une infirmière clinico-administrative. Ce tandem agira également auprès de l'agence afin de la soutenir dans son rôle d'instauration et de maintien du réseau intégré.

De plus, pour l'Abitibi-Témiscamingue, il est nécessaire de constituer un consortium clinique composé des cinq CSSS de la région, du CSSS de Gatineau, qui offre des services de radiothérapie, ainsi que de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et du Centre universitaire de santé McGill, qui offrent des services d'hémo-oncologie dans la région. Il s'agit du premier défi.

Actuellement, chaque CSSS a une organisation de services différente, des couloirs de référence en spécialité tertiaire qui lui sont propres, sauf pour la radiothérapie. Le deuxième défi consistera à établir une nouvelle organisation qui devra fonctionner en réseau intégré.

Ainsi, l'implication active d'un médecin et d'une infirmière clinico-administrative représente le troisième défi. Par ailleurs, dans chacun des CSSS, les équipes cliniques qui interviennent en cancer sont petites et surchargées.



Plan d'action régional en saines habitudes de vie

Devant l'augmentation du nombre de citoyens de la région qui sont en surpoids et l'apparition de maladies chroniques chez des personnes de plus en plus jeunes, il apparaît primordial de tout mettre en œuvre afin de favoriser l'adoption de saines habitudes de vie par les Témiscabitiens.

En janvier 2012, le comité intersectoriel régional en saines habitudes de vie (CIRSHV) a franchi une étape importante : l'adoption d'un plan d'action régional. Le CIRSHV mobilise les acteurs régionaux concernés par un mode de vie physiquement actif et par la saine alimentation depuis 2008. Le nouveau plan d'action permettra, entre autres, de mettre en place des actions ayant un impact sur l'adoption de saines habitudes de vie, d'harmoniser les interventions et de poursuivre la concertation entre les acteurs impliqués.

Afin de construire les bases de ce plan d'action, le comité a présenté deux demandes de soutien financier au Fonds Québec en forme. Toutes deux ont été officiellement acceptées en février 2012.

Le premier projet touche le volet communication. Il s'agit de mettre en place un pôle régional d'information à l'intention de tous les partenaires pouvant avoir une incidence sur les saines habitudes de vie. Cela permettra de faciliter les échanges entre les partenaires régionaux et leurs

interlocuteurs locaux, contribuant ainsi à l'émergence et au maintien de projets de mobilisation des communautés locales et supralocales.

Le deuxième projet concerne la formation. Le comité veut développer une offre de formation faisant la promotion des meilleures pratiques en saines habitudes de vie et la mise en place d'environnements facilitant (accès), favorisant (choix) et valorisant (valeurs) l'adoption d'un mode de vie physiquement actif et d'une saine alimentation.

Ces deux projets représentent l'aboutissement et la concrétisation de plusieurs années de travail.



Stratégie régionale de main-d'œuvre

L'univers de la santé et des services sociaux n'échappe pas à la pénurie de main-d'œuvre qualifiée qui touche plusieurs secteurs d'activité en Abitibi-Témiscamingue. La stratégie régionale de main-d'œuvre (SRMO) existe depuis déjà trois années. Plusieurs chantiers ont débuté. Parmi les avancées les plus marquantes de l'exercice 2011-2012, mentionnons le développement d'une stratégie régionale de marketing en ressources humaines. Il devient impératif que le réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue se démarque pour combler les besoins de personnel des établissements et de l'Agence. Pour ce faire, la stratégie régionale de marketing en ressources humaines prévoit l'élaboration et le déploiement d'une promesse employeur (vision de l'employeur) et d'une identité visuelle commune.

Afin de bien cerner ce qui démarque le réseau de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue, toutes les catégories de personnel ont été mises à contribution lors de *cafés du monde* (ateliers de discussion) qui se sont déroulés en janvier 2012. L'exercice a permis d'identifier les éléments sur lesquels miser pour être attractif aux yeux de candidats potentiels de la région et d'ailleurs. En prenant le pouls des troupes déjà en place, en les impliquant dans la démarche, il a aussi été possible de stimuler leur sentiment d'appartenance et de les fidéliser au réseau.

Autre fait saillant : l'implantation de corridors de stages entre les établissements de la région et les maisons d'enseignement dans les secteurs de l'ergothérapie, de l'orthophonie et de la technique de laboratoire médical constitue un atout de taille pour le recrutement. Le développement de ce type de partenariat favorise et facilite l'accueil de stagiaires dans la région et répond aux besoins d'attirer les jeunes et de les embaucher afin de permettre de continuer d'offrir à la population des services diversifiés et de qualité.



Gouverne informatique régionale

La région vit actuellement une pression afin d'optimiser ses investissements informatiques, d'accroître les performances des processus, d'en maîtriser les aspects financiers et de développer les solutions et les compétences en technologie de l'information.

Pour répondre à ce nouveau contexte, une gouverne informatique régionale est devenue nécessaire. Un des grands défis est de regrouper les centres de traitement de notre région autour de deux principaux pôles cliniques. Par la suite, une intégration des effectifs en ressources informationnelles permettra à l'Agence de répondre aux différents besoins, reliés à la gestion d'un centre de services pour le soutien aux utilisateurs, de gérer les infrastructures et, finalement, de planifier et coordonner le portefeuille de projets.

Affaires médicales



Groupes de médecine de famille (GMF)

Commentaires

La population des cinq territoires de CSSS de la région bénéficie de sept GMF accrédités par le MSSS :

- GMF de la Vallée-de-l'Or;
- GMF des Aurores-Boréales;
- GMF du Centre de santé de Témiscaming;
- GMF Harricana (Amos);
- GMF Les Eskers d'Amos;
- GMF Rouyn-Noranda;
- GMF TémiscaVie de Ville-Marie.

Une table régionale de concertation regroupant tous les GMF de la région tient des rencontres six fois par année. Les infirmières pratiquant en GMF se rencontrent également pour partager leurs connaissances et échanger sur les bonnes pratiques afin de mieux desservir la clientèle.

Voici les constats après neuf ans de services par les GMF de l'Abitibi-Témiscamingue :

- 124 médecins exercent en GMF;
- 75 313 personnes sont inscrites;
- 28 875 personnes inscrites sont dites vulnérables, pour un ratio de 38,3 % en comparaison à 36,7 % dans l'ensemble du Québec.



Plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine générale et en spécialité (PREM)

Attente administrative

Objectif de résultats

Atteindre les PREM par le recrutement et le maintien des effectifs médicaux.

Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
• Nombre d'ajouts signifiés au PREM en médecine générale	• 8	• 9 médecins	• 8 médecins
• Nombre de postes autorisés au PREM en médecine spécialisée	• 133	• 165 médecins	• 131 médecins*

* Les trois spécialistes œuvrant en santé communautaire au sein de l'Agence sont comptabilisés au Plan d'effectifs médicaux de Rouyn-Noranda.

Commentaires

- *En médecine générale* : Le MSSS accordait à la région l'ajout de neuf médecins omnipraticiens pour l'exercice en cours. Le DRMG a émis huit avis de conformité. Les efforts de recrutement doivent se poursuivre afin de répondre adéquatement aux besoins de la population qui sont estimés à 208 équivalents temps complet (ETC) en médecine générale. Au 31 mars 2012, la région comptait 182 omnipraticiens. Le nombre est resté stable, soit le même nombre qu'au 31 mars 2011.
- *En médecine spécialisée* : Les effectifs médicaux en médecine spécialisée totalisent 131 médecins au 31 mars 2012, comparativement à 133 au 31 mars 2011. Le PREM en spécialité compte 165 postes autorisés.
- De plus, à la suite de l'analyse des besoins effectuée dans tous les établissements de la région, l'Agence a identifié les disciplines en pénurie pour chacun des CSSS. Les curriculum vitae de candidats en spécialité inscrits à Recrutement santé Québec, ayant reçu un avis favorable de la part du Collège des médecins du Québec, ont été acheminés aux CSSS afin que ces derniers saisissent l'opportunité offerte d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés. À cet égard, l'Agence les encourage à avoir recours à cet apport précieux que peuvent représenter les médecins étrangers pour contrer la pénurie au cours des prochaines années.
- Recrutement : L'Agence, les CSSS et des médecins de la région ont participé à plusieurs événements de recrutement au cours de la période 2011-2012, notamment la Journée Carrière 2011 ainsi que plusieurs activités menées par l'équipe Soutien aux régions pour le recrutement des omnipraticiens et des spécialistes (SARROS) parmi les étudiants en médecine des différentes facultés universitaires québécoises.
- Des démarches se poursuivent afin que :
- des mesures incitatives significatives soient accordées pour permettre d'accroître l'attraction et ainsi inciter les jeunes médecins à s'installer et pratiquer en Abitibi-Témiscamingue;
- le secteur Abitibi-Ouest soit reconnu secteur isolé;
- le respect des PREM soit rigoureux, et ce, pour l'ensemble de la province.

Tableau 13

Plan régional
d'effectifs
médicaux en
spécialité pour
l'Abitibi-
Témiscamingue
au 31 mars 2012

Médecine spécialisée	PREM 2011-2012	Situation au 31 mars 2012	Besoins
Allergie et immunologie clinique	1	1	0
Anatomopathologie	6	4	2
Anesthésiologie	19	17	2
Biochimie médicale	1	0	1
Cardiologie	2	1	1
Chirurgie générale	13	11	2
Chirurgie orthopédique	6	6	0
Chirurgie plastique	2	1	1
Dermatologie	3	2	1
Endocrinologie	1	0	1
Gastro-entérologie	3	5	0
Gériatrie	2	0	2
Hématologie et oncologie médicale	2	2	1
Médecine d'urgence	2	0	2
Médecine interne	16	11	5
Médecine nucléaire	1	1	0
Microbiologie et infectiologie	1	0	1
Néphrologie	2	0	2
Neurologie	5	5	0
Obstétrique-gynécologie	13	11	2
Ophtalmologie	4	3	1
Oto-rhino-laryngologie	3	3	0
Pédiatrie	16	15	1
Physiatrie	1	0	1
Pneumologie	3	4	0
Psychiatrie (adulte)	18	12	6
Psychiatrie (pédo)	3	3	0
Radiologie diagnostique	8	7	1
Rhumatologie	2	1	1
Santé communautaire	3	3	0
Urologie	3	3	0
Total des spécialités	165	132	37

Médecine générale	PREM 2011-2012	Situation au 31 mars 2012	Besoins
Omnipraticiens (ETC)	208	182	26

Tableau 14

Effectifs
médicaux en
médecine
générale et en
médecine
spécialisée au
31 mars 2012

Réseau local de services (RLS)	PREM Besoins en ETC omni- praticiens	Omnipraticiens au 31 mars 2012	PREM Besoins en ETC spécialité	Spécialistes et omni- anesthésistes au 31 mars 2012
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	39	38	41	39
CSSS des Aurores-Boréales	33	30	18	9
CSSS de Rouyn-Noranda	48	51	52	41
CSSS de la Vallée-de-l'Or	56	39	50	41
CSSS du Témiscamingue				
Pavillon Sainte-Famille	19	16	4	1
Pavillon Témiscaming-Kipawa	9	4	0	0
Agence (santé communautaire)	4	4	0	0
TOTAL	208	182	165	131

* Les trois spécialistes œuvrant en santé communautaire au sein de l'Agence sont comptabilisés au Plan d'effectifs médicaux de Rouyn-Noranda.



Unité de médecine familiale (UMF)

Commentaires

Les UMF représentent les lieux de formation pour les étudiants en médecine ainsi que pour les médecins résidents qui se destinent à la pratique de la médecine familiale. Les CSSS de la région ont mis beaucoup d'efforts afin d'offrir des places de formation dans leur milieu, car les UMF sont de formidables outils de recrutement qui contribuent à atteindre les objectifs de remplacement de la main-d'œuvre médicale.

Trois des quatre universités qui assurent la formation en médecine ont maintenant des UMF dans quatre territoires de CSSS (Rouyn-Noranda, Vallée-de-l'Or, Les Eskers de l'Abitibi et Aurores-Boréales).



Clientèle orpheline

Commentaires

Le Plan d'organisation de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux prévoit la création par les CSSS d'un guichet d'accès sur leur territoire de desserte respectif pour la clientèle sans omnipraticien.

La prise en charge de cette clientèle orpheline s'inscrit dans la responsabilité populationnelle des CSSS en lien avec la responsabilité du DRMG en matière d'organisation des services médicaux de première ligne.

Chaque CSSS doit identifier à l'intérieur de sa structure, ou en collaboration avec ses partenaires du réseau, un mécanisme de réception et de traitement des demandes en lien avec une évaluation de la condition de santé des clients orphelins. Lorsque la situation le requiert, un processus d'orientation de la clientèle est prévu avec le médecin coordonnateur. Le processus de prise en charge est déterminé par le CSSS concerné. En conséquence, les CSSS ont identifié un coordonnateur du mécanisme ainsi que des critères de priorité. Ils ont aussi convenu, avec les médecins de leur territoire, des modalités de répartition de la clientèle.

Activités régionales en santé et services sociaux



Qualité des services

Prestation sécuritaire des soins et services

Les activités de l'Agence à l'égard de la qualité des services sont nombreuses et se manifestent par différentes mesures qui impliquent directement les établissements de la région. Cette année, le Système d'information sur la sécurité des soins et services (SISSS) a été déployé et l'activité significative aura sans doute été la saisie de données des accidents et incidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé dans les établissements. Ainsi, la création du Registre national des accidents et incidents a permis au MSSS de produire un premier rapport semestriel au plan national. Ce rapport, duquel les données régionales ont été extraites, a démontré les types d'événements déclarés, donnant aux établissements l'opportunité de poser des actions concrètes d'amélioration. À titre d'exemple, des ateliers de formation sur la prévention des chutes ont été organisés pour éviter la récurrence de ce phénomène. Le tout vise à installer un climat qui encourage la divulgation, les meilleures pratiques et la prestation sécuritaire des soins et services.

Agrément des établissements

Comme le prévoit la LSSSS, tous les établissements publics ou privés ont l'obligation de solliciter un agrément et de franchir toutes les étapes de la démarche. Par la suite, ils doivent renouveler celui-ci tous les quatre ans.

Pour l'année financière en cours, quatre établissements de la région ont reçu la visite de l'agrément sur les soins et services offerts dans leur établissement respectif. Les visites d'évaluation ont été réalisées par le Conseil québécois d'agrément au Centre Normand et au Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue et conjointement par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément aux CSSS de Rouyn-Noranda et des Aurores-Boréales.

Contrairement aux années précédentes, les visites de l'agrément pour le laboratoire biomédical des CSSS s'effectuent en même temps que les visites sur les soins et services des établissements.

Rappelons que la démarche d'agrément est un processus complexe qui exige un engagement résolu de la part des établissements. L'Agence est particulièrement fière de la rigueur démontrée par ces derniers.

Recommandations du coroner

À la suite des conclusions et recommandations du coroner, l'Agence assure une coordination des activités auprès des établissements. Cette année, les conclusions de deux rapports ont fait l'objet d'un suivi par l'Agence auprès des directions générales, des responsables de la qualité et des responsables des unités de soins des établissements concernés par les recommandations. Dans le premier cas, les vérifications faites par l'Agence ont permis de s'assurer qu'aucune organisation de la région n'était visée puisque l'objet de la recommandation du coroner n'était utilisé par aucune. Pour ce qui est des recommandations issues du deuxième rapport, l'établissement visé a mis en place les recommandations en offrant, entre autres, de la formation spécialisée et en faisant l'acquisition d'un nouvel appareil médical.

Comité des usagers

Les comités des usagers font la promotion des droits reconnus par la LSSSS. Tout au long de l'année, ils organisent des activités variées afin de faire connaître ces droits au sein des établissements du réseau et auprès de toute la population.

L'Agence coordonne les actions des comités au plan régional. Afin de faciliter la réalisation de leur mandat, elle encourage et favorise la concertation entre les présidents des comités et les personnes-ressources aux comités des usagers. Ces derniers se sont réunis à six reprises en 2011-2012, pour l'organisation de projets de promotion divers.

Pour une quatrième année consécutive, les comités ont publié un calendrier qui présente, pour chacun des mois de 2012, un des douze droits prévus à la LSSSS. Mentionnons aussi qu'à chaque activité de promotion, les membres des comités remettent au public des dépliants d'information ainsi que le stylo promotionnel sur les droits des usagers. Voici un survol des moments forts de la dernière année :

- Le 5 novembre 2011, 55 personnes ont reçu la deuxième partie d'une formation entreprise en mars 2010, offerte par le Regroupement provincial des comités des usagers, sur le fonctionnement des comités.
- La quatrième Semaine de promotion des droits des usagers s'est déroulée du 6 au 10 février 2012. Les membres des comités ont contribué de façon significative à la réalisation des activités qui se sont tenues au cours de cette semaine thématique, dans les principales villes de la région, notamment la présentation de la pièce de théâtre sur les droits des usagers *Sors de ta bulle! L'univers de la santé et des services sociaux n'est pas une bande dessinée*. Cette année, la pièce a été présentée sur les campus de l'UQAT et du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue à Amos, Val-d'Or et Rouyn-Noranda, dans le but précis de rejoindre les étudiants dont le domaine d'études est en lien avec la santé et les services sociaux.
- Le 17 mars 2012, les membres des comités des usagers et de résidents ont tenu une deuxième journée de réflexion sur leur rôle et leur mandat, ayant pour thème *Continuons à prendre notre place*. Plus de 65 personnes ont participé à des ateliers sur les stratégies à utiliser pour faire connaître les droits, les moyens à prendre pour recruter de nouveaux membres et les actions à poser pour continuer à faire connaître le mandat des comités auprès de la communauté. Des gestionnaires des établissements, des personnes-ressources et des commissaires aux plaintes ont aussi participé à cette journée. Les participants ont pu bénéficier d'une présentation sur les plaintes et les représailles, offerte par M. Camil Picard, directeur général du Centre jeunesse de la Montérégie et récipiendaire du prix d'excellence en santé et services sociaux en 2011.

Plaintes à l'Agence et dans les établissements

Le Régime d'examen des plaintes permet aux usagers de porter plainte auprès du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services lorsqu'ils sont insatisfaits des services reçus ou qu'ils auraient dû recevoir de l'Agence, d'un organisme communautaire en santé et services sociaux, d'une ressource d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique, d'une résidence privée pour aînés et des services préhospitaliers d'urgence. Le commissaire régional donne suite aux demandes d'information des usagers sur leurs droits et les assiste lorsque requis pour que ceux-ci soient respectés par les instances concernées du réseau. Le commissaire régional informe les personnes des recours possibles lorsqu'elles sont insatisfaites des services ou pour la formulation d'une plainte. Comme le prévoit la LSSSS, il applique la procédure d'examen des plaintes adoptée par le conseil d'administration de l'Agence et il en assure la promotion auprès de la population et de groupes cibles. Il met en œuvre des activités de promotion des droits des usagers, de la qualité des services et fait connaître les ressources pouvant venir en aide aux personnes. Le commissaire régional peut intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés.

Il est responsable du respect des droits des personnes envers le conseil d'administration de l'Agence.

Pour ce faire, ses fonctions lui permettent d'examiner et d'intervenir lorsqu'il croit qu'une situation porte atteinte au respect des droits des usagers et à la qualité des services. À la suite de l'examen de la plainte, il peut recommander, s'il le juge nécessaire, des mesures correctives pour améliorer ou ajuster un service. Au terme de l'examen d'une plainte ou à la suite d'une intervention, il transmet aux instances concernées ses conclusions et les recommandations pertinentes pour l'ajustement ou l'amélioration des services. Il fait le suivi auprès des instances concernées afin de vérifier la mise en place des mesures correctives découlant des recommandations formulées et il fait rapport de ses activités au comité de vigilance et de la qualité.

Tableau 15

Bilan des plaintes, interventions, demandes d'assistance, de consultation et d'information au 31 mars 2012

	2011-2012
Plaintes reçues	17
Demandes d'assistance, de consultation et d'information	208
Interventions	16
Total	241

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services a reçu 17 plaintes au cours de l'année et, au 31 mars 2012, 3 plaintes étaient en cours d'examen. Il a donné suite à 208 demandes d'assistance, de consultation et d'information en lien avec un des droits reconnus aux usagers. Il est intervenu de sa propre initiative à partir des faits portés à son attention dans 16 situations afin de s'assurer du respect des droits des usagers. Le commissaire régional est donc intervenu de sa propre initiative auprès d'un organisme communautaire, de 10 résidences pour personnes âgées, à 4 occasions en regard des services préhospitaliers d'urgence et pour une situation mettant en cause les activités de l'Agence. Le nombre total de plaintes adressées au commissaire a connu une diminution en 2011-2012, avec 17 plaintes comparativement à 25 en 2010-2011, tandis que le nombre d'interventions de sa propre initiative a augmenté avec 16 dossiers en 2011-2012, comparativement à 11 en 2010-2011.

Le tableau 16 présente le bilan des plaintes reçues, examinées et conclues par les commissaires locaux des établissements selon les missions.

Tableau 16

Plaintes examinées par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services au 31 mars 2012

Mission d'établissement	Plaintes en voie de traitement au 1 ^{er} avril 2011	Plaintes reçues durant l'exercice	Total	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement au 31 mars 2012	Transmises au 2 ^e palier
CH	18	151	169	166	3	4
CLSC	2	41	43	40	3	2
CHSLD	2	24	26	21	5	0
CRDI	0	2	2	2	0	0
CRDP	0	1	1	1	0	0
CRJDA	3	35	38	38	0	0
CPEJ	2	39	41	36	5	1
CR dépendances et jeu pathologique	0	1	1	1	0	0
Total	27	294	321	305	16	7

Les usagers des établissements peuvent porter plainte grâce à la procédure sur l'application du Régime d'examen des plaintes adoptée par le conseil d'administration d'un CSSS, d'un CR ou d'un centre jeunesse (CJ). Cette procédure détermine, tout comme pour le commissaire régional, les modalités permettant aux usagers d'avoir accès au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Celui-ci examine et traite la plainte de l'utilisateur en fonction des droits reconnus aux usagers par la LSSSS. Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services examine les motifs d'insatisfaction des usagers concernant les services de l'établissement, analyse les faits, émet ses conclusions et formule, s'il y a lieu, une ou plusieurs recommandations pour la mise en place de mesures correctives. Les recommandations du commissaire local visent à améliorer les services mis en cause dans la plainte et rétablir une situation qui porte atteinte aux droits de l'utilisateur. Les recommandations du commissaire local ont une influence sur la qualité des

services attendus et contribuent à améliorer la satisfaction des usagers face aux soins et services qu'ils reçoivent de la part de l'établissement. Au même titre que le commissaire régional, la LSSSS reconnaît au commissaire local la possibilité qu'il puisse intervenir de sa propre initiative lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits des usagers ne sont pas respectés. Il peut alors prendre les mesures nécessaires pour s'assurer que les usagers reçoivent des services qui répondent aux standards de qualité et de sécurité de l'établissement.

Au cours de l'exercice 2011-2012, les commissaires locaux des établissements ont reçu 294 plaintes. Au 1^{er} avril 2011, 27 plaintes étaient en voie de traitement, ce qui porte le nombre total de plaintes à 321. De ce nombre, les commissaires locaux ont conclu 305 plaintes. Au 31 mars 2012, 16 plaintes étaient en cours d'examen.

Le tableau 17 résume le bilan des plaintes adressées aux médecins examinateurs des CSSS.

Tableau 17

Plaintes traitées par les médecins examinateurs dans les CSSS au 31 mars 2012

Mission d'établissement	Plaintes en voie de traitement au 1 ^{er} avril 2011	Plaintes reçues durant l'exercice	Total	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement au 31 mars 2012	Transmis au 2 ^e palier
CH	19	56	75	50	25	7
CLSC	0	1	1	1	0	0
CHSLD	0	2	2	2	0	0
Total	19	59	78	53	25	7

Les médecins examinateurs de la région ont reçu 59 plaintes en 2011-2012. Au 1^{er} avril 2011, 19 plaintes étaient en cours d'examen dans les CSSS de la région, pour un total de 78 pour l'exercice 2011-2012. Les médecins examinateurs ont émis des conclusions pour 53 plaintes mettant en cause les services médicaux offerts au sein de l'établissement. Au 31 mars 2012, 25 plaintes étaient en cours d'examen et ont été conclues l'année suivante. Le total des plaintes adressées aux commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services et aux médecins examinateurs est de 353 pour la période 2011-2012. Le nombre de plaintes a connu une augmentation significative comparativement à l'année 2010-2011 alors que les médecins examinateurs et commissaires des établissements avaient reçu 293 plaintes.



Communautés autochtones

Le dossier autochtone est un dossier transversal qui couvre toutes les problématiques et, de ce fait, touche l'ensemble des programmes de santé et de services sociaux. C'est pourquoi, en 2011-2012, l'Agence a accentué ses efforts pour poursuivre le rapprochement entre le personnel du réseau et les communautés afin d'adapter les interventions du réseau en milieu autochtone et assurer un accès équitable à des services de qualité aux membres des Premières Nations de la région, qu'ils vivent dans des communautés ou en milieu urbain.

Sur le plan institutionnel, l'Agence a poursuivi sa collaboration avec ses partenaires, la Commission de santé et de services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), Santé Canada, le ministère des Affaires autochtones et développement du Nord Canada (MAADNC), par des rencontres et des échanges réguliers.

L'Agence est en contact régulier avec la CSSSPNQL pour les dossiers relatifs au transport médical pour les membres des Premières Nations et pour la problématique des services reçus par certains Algonquins du côté de l'Ontario.

Sur le plan des communautés, l'Agence a poursuivi ses échanges avec les centres de santé des communautés autochtones pour les accompagner dans leurs projets ou répondre à des besoins ponctuels. Elle a participé à différentes rencontres de travail et a poursuivi ses démarches pour développer la collaboration entre les centres de santé des communautés et les établissements du

réseau. Les intervenants et le personnel infirmier en place dans les communautés sont invités aux formations, colloques et autres événements organisés par l'Agence. Les communiqués de presse produits par l'Agence sont systématiquement transmis aux directeurs des centres de santé, en tenant compte de la spécificité anglophone des communautés de l'ouest.

Lac Simon

Au cours de 2011-2012, l'Agence a poursuivi ses échanges avec la communauté de Lac Simon pour resserrer les liens avec le conseil de bande et le centre de santé. Dans ce contexte, des représentants du centre de santé de Lac Simon ont siégé au comité organisateur du colloque régional en prévention du suicide qui s'est déroulé sur le territoire de la communauté à l'invitation des membres du conseil de bande.

L'Agence a également participé à une rencontre de la Table de crise mise en place à la suite de la vague de suicides qui avait frappé la communauté il y a quelques années et à des rencontres avec le CSSS de la Vallée-de-l'Or, le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT), le Centre Normand et des représentants de Lac Simon sur le projet pilote de clinique mobile *Mieux-être en santé mentale* initié par la CSSSPNQL. De leur côté, des membres de la communauté assistent à différentes rencontres de concertation locales ou régionales organisées par l'Agence.

Kitcisakik

Dans le cadre de la recherche clinique sur l'expérience de vie des femmes et des hommes de Kitcisakik, l'Agence a participé à des échanges et à diverses rencontres avec le conseil de bande et la directrice du centre de santé de la communauté. À l'initiative de l'Agence, les résultats de l'étude sur la santé et l'expérience de vie des hommes de Kitcisakik ont été présentés aux partenaires institutionnels lors d'une rencontre à Québec, en présence des représentants des hommes de la communauté, puis aux partenaires régionaux à Louvicourt.

Par ailleurs, des membres de Kitcisakik assistent à différentes rencontres de concertation locales ou régionales organisées par l'Agence.

Abitibiwinni (Pikogan)

L'Agence a organisé une rencontre dans ses locaux avec le directeur de santé de la communauté et son adjointe, qui souhaitaient se familiariser davantage avec l'organisation et les services offerts par notre réseau. Cette rencontre, à laquelle ont participé 14 professionnels et gestionnaires de l'Agence, a permis de découvrir les nombreuses activités et programmes déjà en place dans cette communauté et d'identifier plusieurs pistes de collaboration.

Dans le cadre du dossier Maltraitance envers les personnes âgées, l'Agence a rencontré le directeur du centre de santé de la communauté de Pikogan, en présence de la répondante de ce dossier à la CSSSPNQL.

L'Agence est en contact régulier avec ce centre de santé pour répondre à des besoins ou des questions ponctuels.

Long Point First Nation (Winneway)

Au cours de la dernière année, l'Agence a tissé de nouveau les liens de collaboration avec cette communauté et a participé à plusieurs rencontres au centre de santé, certaines en partenariat avec Santé Canada et le CSSS du Témiscamingue, pour aborder la problématique des ordonnances collectives et de télésanté.

Timiskaming First Nation

La collaboration entre le centre de santé de cette communauté et l'Agence s'est accentuée au cours de

la dernière année. Différentes rencontres ont eu lieu, tant à l'Agence que dans la communauté. L'Agence est en contact régulier avec le directeur du centre de santé et lui a, par ailleurs, confirmé son soutien pour le projet de développement sur les soins continus aux aînés.

Eagle Village First Nation (Kipawa)

La collaboration entre l'Agence et le centre de santé de cette communauté demeure excellente et l'Agence a agi à plusieurs reprises comme facilitateur pour répondre à des besoins ponctuels de services exprimés par l'équipe de ce centre de santé.

- Services sociaux de première ligne

L'Agence participe aux rencontres organisées par le CJAT avec les directions des six centres de santé des communautés autochtones concernant la mise en place des services d'aide à l'enfance et à la famille des Premières Nations. Des contacts réguliers sont également maintenus avec la CSSSPNQL concernant ce dossier.

- Dans le cadre du Fonds d'intégration pour la santé et les services sociaux (FISSS)

Initié par Santé Canada, l'Agence a appuyé les projets élaborés par le Centre de santé de Timiskaming First Nation pour les soins continus aux aînés et par le conseil tribal Algonquin Nation Programs and Services Secretariat (ANPSS) pour la deuxième phase du projet Piwaseha. Ce projet, qui vise à sensibiliser les professionnels du réseau à la culture et aux réalités autochtones, est élaboré en partenariat avec l'UQAT. L'Agence participe aux rencontres du comité organisateur.

- Autochtones en milieu urbain

Consciente des problématiques vécues par la population autochtone vivant en milieu urbain, l'Agence a poursuivi sa collaboration avec le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or et a eu des échanges sur les moyens à mettre en place pour améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux de cette population.

- Itinérance

Préoccupée par le nombre croissant de membres des Premières Nations fréquentant Le Dortoir (organisme pour les itinérants de Val-d'Or), l'Agence participe aux rencontres de la table itinérance organisées par le CSSS de la Vallée-de-l'Or.



Services préhospitaliers d'urgence

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer aux personnes faisant appel à des services préhospitaliers d'urgence une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité à l'égard des personnes en détresse en vertu de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence.

• Indicateur	Résultat 2010	Cible 2011	Résultat 2011
Nombre d'appels reçus au Centre de communication santé de l'Abitibi-Témiscamingue (CCSAT) pour la période du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2011	16 528	Répondre à tous les appels	17 426
Nombre de transports ambulanciers réalisés	12 875	Répondre à toutes les demandes de transport	13 133
Nombre de municipalités ayant un service de premiers répondants	2	S.O.	7

Commentaires

Les maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière sont : les premiers intervenants, les centres 9-1-1, les centres de communication santé, les services de premiers répondants, les services ambulanciers ainsi que les établissements receveurs. En conformité avec les orientations, les priorités et les objectifs ministériels, l'Agence doit coordonner les services préhospitaliers d'urgence.

Les municipalités de la région peuvent demander le soutien de l'Agence pour la mise sur pied d'un service de premiers répondants. C'est le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence qui est responsable de l'accréditation ainsi que du programme de formation, de maintien des compétences et de l'assurance qualité des interventions qui sont posées par ces services.

En Abitibi-Témiscamingue, sept municipalités ont un service de premiers répondants accrédités selon un de ces niveaux de service. Tous ces niveaux sont qualifiés et peuvent répondre à des urgences vitales. À chaque niveau correspond une formation spécifique permettant aux intervenants d'agir pour des situations cliniques particulières. Le service de premiers répondants est affecté par le CCSAT pour les appels d'urgence qui requièrent des premiers soins de stabilisation, conformément aux protocoles d'intervention clinique élaborés par le Ministre. Les premiers répondants appliquent les protocoles pour prévenir la détérioration de l'état de la personne en détresse et transfèrent la responsabilité des interventions aux techniciens ambulanciers, dès leur arrivée.

Le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence assume l'encadrement médical du CCSAT qui est en activité depuis 2007. Il a pour fonction de recevoir les appels du centre 9-1-1 (appels provenant d'une personne ou d'un établissement qui demandent l'intervention des services préhospitaliers d'urgence), de traiter les appels selon les priorités, conformément aux protocoles approuvés par le Ministre, d'affecter et de répartir les ressources préhospitalières disponibles de façon appropriée, efficace et efficiente. Tous les appels doivent être reçus et traités par le CCSAT et les informations relatives à un appel sont consignées dans une carte d'appel. Le nombre d'appels traités est passé de 16 528 en 2010 à 17 426 en 2011.

Par ailleurs, le directeur médical régional exerce l'autorité clinique pour le respect des normes de qualité : il contrôle et apprécie la qualité des actes posés par le personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence et s'assure de la formation continue, du maintien et de l'évaluation des compétences du personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence.

Le programme d'amélioration continue de la qualité vise la révision et l'analyse des interventions cliniques effectuées par les techniciens ambulanciers et les premiers répondants, conformément au Plan qualité provincial. Les interventions révisées couvrent les champs d'intervention suivants : traumatismes majeurs, réanimation cardiorespiratoire, médicolégal, difficultés respiratoires, interventions avec administration de médicaments ainsi que les interventions où un usager à risque refuse les soins ou le transport vers l'établissement. Une fois la révision complétée, si des écarts sont constatés dans l'application des protocoles d'intervention clinique, un soutien est accordé aux techniciens ambulanciers concernés. Celui-ci se traduit par des rencontres de rétroaction et, si nécessaire, des formations et de l'encadrement clinique afin d'assurer à la population, l'accessibilité à des soins sécuritaires et de qualité.

Cette année, les entreprises ambulancières de la région ont effectué 13 133 transports, ce qui représente une augmentation de 258 transports par rapport à l'année précédente.

Zone	Nombre de transports selon les territoires en 2010 et 2011	2010	2011
801	Ambulances Témiscaming	363	372
802	Ambulances Abitémis (Ville-Marie)	794	835
803	Ambulances Abitémis (Rouyn-Noranda)	3473	3386
804	Ambulances Abitémis (La Sarre)	1627	1677
805	Ambulances Abitémis (Amos)	1587	1594
806	Ambulances Val-d'Or	3194	3489
807	Ambulance Senneterre	347	347
810	Ambulances Abitémis (Malartic)	503	452
811	Ambulances Abitémis (Notre-Dame-du-Nord)	323	293
812	Ambulance Boulay (Parc de la Vérendrye)	95	81
813	Ambulances Abitémis (Cadillac)	197	189
814	Ambulances Abitémis (Barraute)	238	214
820	Ambulance Bella-Meau (Belleterre)	134	204

Répartition des transports en fonction de la provenance

	2010	2011
Transports effectués à la suite d'appels de la population	9 969	10 099
Transports effectués à la suite d'appels du réseau	2 906	3 034

Comme l'an dernier, on observe que 77 % des transports sont effectués à la suite d'appels de la population comparativement à 23 % qui proviennent des établissements du réseau.



Violence faite aux femmes

En 2011-2012, l'Agence a poursuivi la coordination et le soutien de la Table régionale de concertation en matière de violence faite aux femmes. Les membres de la Table se sont réunis à trois reprises au cours de l'exercice.

L'Agence a par ailleurs financé des projets visant la prévention de la violence faite aux femmes pour une somme totale de plus de 65 000 \$. Les partenaires ont également été mobilisés autour de l'élaboration d'un projet d'envergure sur la prévention de la violence dans les relations amoureuses en milieu scolaire.

Programmes de services

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement



Réinsertion sociale

Préoccupation régionale

En 2011-2012, plusieurs actions et démarches ont été réalisées en vue de la construction prochaine de la ressource à assistance continue (RAC). Parmi celles-ci, mentionnons le dépôt du projet dans le cadre du programme AccèsLogis, l'élaboration des plans de la bâtisse et l'obtention d'un engagement de la Société d'habitation du Québec (SHQ) à accorder une aide financière.



Services spécialisés – Troubles envahissants du développement

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de troubles envahissants du développement (TED) en augmentant le nombre d'enfants desservis.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service ICI	21	14	23

Commentaires

La cible fixée par le MSSS est dépassée. En effet, 23 enfants ont bénéficié de l'approche ICI. Deux enfants de plus que l'an dernier ont reçu ces services. Le dépistage permet l'identification des retards globaux de développement, l'une des prémisses pour l'identification d'enfants pouvant être atteints de TED. La sensibilisation des milieux médicaux et le dépistage précoce en CSSS lors de deux périodes de vaccination chez les enfants (18 mois et 3 ans) se poursuivent en région et peuvent expliquer ces résultats.



Services spécialisés – Troubles envahissants du développement

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociale pour les personnes ayant un TED en augmentant le nombre de personnes de 6 ans et plus desservies.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre de personnes de 6 ans ou plus recevant un service spécialisé (TED)	126	97	122

Commentaires

L'objectif fixé par le MSSS est atteint et même largement dépassé avec 25 personnes de plus que la cible.

En ce qui a trait aux diagnostics de TED, on observe une augmentation des usagers ayant un diagnostic de type Asperger et de TED non spécifié.



Soutien à domicile – Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Attente administrative

Objectif de résultats

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinée aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un TED, en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes et en augmentant l'intensité des services.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre de personnes ayant une DI ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	443	330	464
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile de la part des CSSS (mission CLSC) par usager DI et TED	7,3	7	8,18

Commentaires

La cible du MSSS est atteinte quant au nombre de personnes ayant une DI ou un TED recevant des services à domicile. La région a connu une augmentation de 4,74 % par rapport à l'an passé, ce qui représente 21 usagers de plus. Cette hausse s'explique en partie par les travaux en lien avec l'optimisation du soutien à domicile qui ont permis de mieux cibler les besoins en DI et en TED.

Le nombre moyen d'interventions par usager se situe au-delà de la cible provinciale. Cela s'explique, entre autres, par une meilleure offre de service à la clientèle.



Soutien à domicile – Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une DI ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre d'utilisateurs ayant une DI ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	230	220	221

Commentaires

La cible régionale est atteinte, mais le nombre d'utilisateurs ayant une DI ou un TED dont la famille a reçu des services de soutien par des allocations directes a connu une baisse de neuf personnes. Il n'est pas rare que des utilisateurs TED non spécifié changent de diagnostic. Il y a eu dans un territoire des parents qui n'ont pas demandé de service de répit pour leur enfant.

Déficiência physique



Plan d'action à l'égard des personnes handicapées

Le 30 septembre 2009, le Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2009-2012 était adopté par le conseil d'administration de l'Agence.

Voici les principales actions posées en 2011-2012 dans ce dossier :

- Prévoir des mesures particulières et les procédures nécessaires d'évacuation en cas d'urgence. Par exemple, une chaise de déplacement a été acquise.
- Rendre accessibles, sur demande, les documents informatifs en médias substituts, soit en gros caractères, en DVD ou en cassette audio.
- Adapter les entrevues de sélection aux besoins de la personne handicapée.
- S'assurer de l'accessibilité des salles qui sont réservées lorsque l'Agence tient des rencontres à l'extérieur de ses bureaux. Une liste des salles disponibles et des caractéristiques spécifiques de chacune a été fournie aux agentes administratives responsables des réservations.

Le bilan du plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2009-2012 a été dressé et sera adopté par le conseil d'administration de l'Agence en juin 2012.



Services spécialisés

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficiência physique dans chacune des régions du Québec.

Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre de personnes ayant une déficiência physique recevant des services spécialisés de réadaptation	2 387	2 346	2 039

Commentaires

Le nombre de personnes rejointes a connu une diminution de 14,6 % cette année par rapport à 2010-2011. Ce résultat correspond à 86,9 % de la cible. Il est attribuable, en grande partie, à la clientèle ayant une déficiência motrice, dont les dossiers ont été révisés dans le cadre de l'implantation d'un nouveau système informatique. Un autre facteur à considérer est l'absence de professionnels, qui ne sont pas remplacés en raison de la pénurie qui sévit en région.

La liste d'attente est en hausse : elle comptait 295 usagers au 31 mars 2012. Cette liste est composée en majorité de personnes présentant une déficiência motrice (62 %), suivies par les personnes ayant une déficiência auditive (20 %).



Soutien à domicile

Attente administrative

Objectif de résultats

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 355	1 481	1 427

Commentaires

Pour ce qui est des services de soutien à domicile, la clientèle rejointe a augmenté de 72 personnes par rapport à l'année dernière. Cette hausse réduit de manière importante l'écart avec la cible visée par le MSSS.

Les travaux amorcés dans chacun des CSSS dans le cadre de l'optimisation des services de soutien à domicile ont permis une révision de l'organisation du travail et des besoins de la clientèle, ce qui a contribué à cette hausse.



Soutien à domicile

Attente administrative

Objectif de résultats

Augmenter l'intensité des services aux personnes présentant une déficience physique.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile de la part des CSSS (mission CLSC) par usager (déficience physique)	16,17	14,7	15,79

Commentaires

Le nombre moyen d'interventions par usager en soutien à domicile demeure au-delà de la cible fixée par le MSSS avec 15,79 interventions par personne desservie.



Soutien à domicile – Allocations directes

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	215	214	223

Commentaires

La cible visée pour le nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe est atteinte pour la région.

Dépendances



Jeu pathologique

Attente administrative

Objectif de résultats

Accroître l'accessibilité aux services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	70 personnes (65 joueurs et 5 personnes de l'entourage)	48 usagers	74 personnes

Commentaires

On constate une légère augmentation du nombre de personnes suivies par les services spécialisés en jeu pathologique. La bonification des collaborations cliniques, une meilleure continuité des services entre la première et la deuxième ligne en dépendance et la consolidation des références vers les services spécialisés en jeu pathologique expliquent cette augmentation.



Toxicomanie - Services de première ligne

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer l'accès au programme Alcochoix+ dans chaque territoire de CSSS.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre de CSSS dotés du programme Alcochoix+	5/5	5/5	3/5
Nombre de personnes desservies	15	S.O.	24

Commentaires

Le programme Alcochoix+ est accessible sur 60 % du territoire témiscabitién (trois CSSS sur cinq). Cette baisse est attribuable au mouvement de personnel. Deux intervenants pivots ont pris leur retraite au cours de l'année et ont dû être remplacés. Les deux nouveaux intervenants pivots embauchés seront formés au cours de la prochaine année.

Au cours de l'année 2011-2012, 24 personnes ont bénéficié du programme Alcochoix+ en Abitibi-Témiscamingue. Il s'agit d'une augmentation de neuf usagers. Bien que le pourcentage de territoires de CSSS couverts par le programme soit plus bas que l'année dernière, plus de personnes ont pu en bénéficier. Ce résultat s'explique par le fait que le programme est de plus en plus connu et qu'il répond adéquatement aux besoins spécifiques des usagers.



Toxicomanie - Services de première ligne

Attente administrative

Objectif de résultats

Faciliter l'accès à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique aux personnes à risque d'abus ou de dépendance.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de première ligne par les CSSS	S.O.	S.O.	198

Commentaires

Les données recueillies pour l'année 2011-2012 seront utilisées afin d'établir la situation de départ, puisque nous ne disposons pas de données standardisées avant cette année. Ce sont les cinq CSSS qui assurent l'accès à ce service.

Jeunes en difficulté

◆ Équipe d'intervention jeunesse

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accessibilité et la continuité des services aux jeunes en difficulté et à leur famille par l'implantation d'une équipe d'intervention jeunesse (EIJ) dans chaque territoire local de la région.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Proportion de territoires dotés d'une EIJ	60 %	60 %	60 %

Commentaires

La cible est atteinte. Trois territoires sur cinq comptent une équipe d'intervention jeunesse. Pour un territoire de la région qui est peu peuplé, ce mécanisme n'apparaît pas nécessaire puisque les situations complexes sont traitées grâce à la collaboration des partenaires.

Le cinquième territoire possède son propre mécanisme permettant de soutenir les jeunes en difficulté et leur famille. Parce que ce territoire comprend près du tiers de la population de la région et que le mécanisme en question semblait peu utilisé, l'Agence a senti le besoin de réaliser un suivi. En 2011-2012, six situations ont été traitées et trois plans de services individualisés (PSI) ont été élaborés.

Toujours en 2011-2012, 34 situations ont fait l'objet d'une analyse par les EIJ de la région. De ces situations, 29 ont nécessité l'élaboration d'un PSI. La moyenne des partenaires impliqués se situe à 9 et celle des problématiques traitées demeure à 3,5.

L'atteinte de standards de qualité et d'accessibilité demeure une priorité pour les différents partenaires impliqués. Toutefois, pour l'ensemble des situations complexes présentant des problèmes multiples, les EIJ sont nécessaires afin de bien répondre aux besoins des enfants et leur famille.

◆ Expertise psychosociale

Attente administrative

Objectif de résultats

Répondre aux demandes d'expertise de la Cour dans les délais souhaités.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Délai moyen entre la date de réception de la demande par le CJAT et la date de transmission du rapport à la Cour	6,2 mois	3 mois	6,9 mois

Commentaires

Malgré des recherches soutenues, la difficulté de recruter des psychologues fait obstacle à l'atteinte de la cible et demeure problématique. Les efforts sont maintenus afin de remédier à la situation.



Jeunes et leur famille en difficulté — Services de première ligne

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux et en augmentant le nombre d'interventions.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre d'utilisateurs (jeunes et leur famille) atteints en CSSS (mission CLSC)	3 000	2 200	3 281
Nombre moyen d'interventions par utilisateur (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,93	7	6,78

Commentaires

La cible quant au nombre d'utilisateurs atteints est largement dépassée.

Ce résultat a toutefois un impact sur l'intensité des services reçus en CSSS. Effectivement, le nombre moyen d'interventions par utilisateur a diminué légèrement comparativement à l'an passé. Deux CSSS utilisent l'approche milieu qui s'adresse à une large partie de la population. Afin de répondre au standard d'accessibilité, un CSSS assigne tous les dossiers, quelle que soit leur lourdeur, à son équipe Jeunes et leur famille en difficulté, ce qui a pour conséquence de diminuer considérablement l'intensité des services.

Un autre facteur affecte le niveau d'intensité des services : la clientèle en milieu scolaire est comprise dans les services offerts. Or, cette clientèle correspond davantage au programme Services généraux et nécessite moins d'interventions que celui des jeunes en difficulté.



Jeunes et leur famille en difficulté — Services de deuxième ligne

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Délai moyen d'attente à l'évaluation en Protection de la jeunesse	14,04	12	11,03
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	5,90	20	6,07
Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA	4,27	14	4,05

Commentaires

La cible pour le délai d'attente à l'évaluation est atteinte. Les résultats incluent la clientèle autochtone sur réserve. Notons que le MSSS a octroyé un financement de 50 000 \$ pour l'ajout d'une ressource afin de ramener la liste d'attente à zéro.

La cible concernant le délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse est atteinte et bien en deçà de la cible de 20 jours. Les efforts sont maintenus. Ici encore, les résultats incluent les autochtones sur réserve.

La cible est également atteinte et en deçà de la norme de 14 jours en ce qui concerne le délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA. Les résultats englobent les autochtones sur réserve.

Notons que malgré une hausse des signalements reçus et retenus, le CJAT a réussi à améliorer de façon remarquable l'atteinte des indicateurs précédents. Des travaux régionaux sont en cours afin d'améliorer la réponse et l'accessibilité des services au programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu et au programme d'intervention en négligence. Par la mise en place de ces programmes, une diminution des signalements reçus et retenus ainsi que des délais d'attente à l'évaluation est attendue.



Programme qualification des jeunes (PQJ)

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer la prestation de services par le PQJ.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre de jeunes différents ayant bénéficié du PQJ	26	30	36

Commentaires

La cible est atteinte et même dépassée. Encore cette année, un financement additionnel du Secrétariat à la jeunesse a permis de maintenir la troisième ressource PQJ régulier en plus de permettre l'ajout d'un groupe PQJ formule intensive. Donc, l'ensemble des jeunes pouvant bénéficier des services PQJ a été inscrit. Le CJAT a également mis en place un groupe dédié spécifiquement à la clientèle autochtone.



Services d'intervention en situation de crise

Attente administrative

Objectif de résultats

Augmenter le nombre de familles bénéficiant d'un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre de programmes d'intervention immédiate et intensive développés	4	5	5
Nombre d'usagers desservis par les programmes d'intervention immédiate et intensive	221	ND	196

Commentaires

Tous les CSSS offrent des services d'intervention en situation de crise et de suivi intensif dans le milieu. Pour l'ensemble de la région, 196 jeunes et familles ont été rejoints par ces services. Les services en place correspondent maintenant à l'ensemble des standards de l'*Offre de service 2007-2015* Programme-services Jeunes en difficulté. La poursuite des travaux de collaboration entre les CSSS, le CJAT ainsi que la formation de l'ensemble des intervenants ont permis de se rapprocher des standards du Programme Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE) dans l'ensemble du territoire de l'Abitibi-Témiscamingue.

On constate une diminution du nombre de jeunes ayant reçu les services du programme CAFE. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette diminution, entre autres, un plus grand respect des critères d'admissibilité qui sont davantage connus.



Services en négligence

Attente administrative

Objectif de résultats

Offrir des services en négligence dans l'ensemble des territoires de CSSS.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Proportion de territoires de CSSS ayant un programme d'intervention en négligence	60 %	60 %	60 %

Commentaires

La moitié des territoires offrent des services aux familles vivant des difficultés reliées à la négligence. Toutefois, ces services ne correspondent que partiellement aux critères et standards visés par l'offre de service Jeunes en difficulté.

En 2011-2012, l'Agence a reçu un financement provenant du Secrétariat à la jeunesse permettant l'embauche d'une coordonnatrice régionale responsable de soutenir les CSSS et le CJAT dans la mise en place d'un programme en négligence dans chacun des territoires de CSSS. Elle doit s'assurer, entre autres, que les outils et les programmes choisis soient reconnus et conformes à l'ensemble des standards émis par le MSSS. Ainsi, afin d'assurer une qualité de service, des sessions de formation ont été offertes à certains intervenants.

Une évaluation des besoins de chaque CSSS a été réalisée, ce qui a permis l'élaboration de plans d'action locaux et régional. Une période de trois ans est prévue pour la poursuite des travaux d'implantation et de suivi du programme d'intervention en négligence.

Perte d'autonomie liée au vieillissement



Certification des résidences privées pour aînés

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer aux résidents des résidences privées pour aînés de la région des services sécuritaires et de qualité en faisant en sorte que les résidences obtiennent et renouvellent leur certification.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre de résidences ayant obtenu leur certificat	51	54	50
Nombre de résidences devant renouveler leur certificat	18	26	21

Commentaires

Les modifications à la LSSSS, sanctionnée le 30 novembre 2011, ont permis de resserrer le processus de certification des résidences privées pour aînés. La majorité des dispositions entreront en vigueur avec le nouveau règlement, au plus tard le 30 novembre 2012. Ces modifications introduisent, entre autres, une nouvelle définition et une appellation réservée *Résidence privée pour aînés*.

Le processus de renouvellement des certificats de conformité s'est poursuivi cette année. Les résidences dont le certificat de conformité a été délivré depuis 2 ans ont déposé une demande de renouvellement, ce qui représentait 26 résidences pour la région. Au 31 mars 2012, 81 % d'entre elles avaient répondu aux exigences de la certification.

Le nombre de résidences a baissé comparativement à l'année passée (passant de 55 à 54). Malgré cette baisse, le nombre d'unités locatives a augmenté de plus de 5 % au cours de l'année (passant de 1 481 à 1 558).

Les exploitants des résidences privées ont bénéficié d'un soutien continu de la part de l'Agence. Un bulletin d'information *Flash sur la certification en Abitibi-Témiscamingue* a été créé et diffusé dans le but d'informer les exploitants, les résidents et les divers intervenants du réseau sur leurs droits et leurs devoirs respectifs.



Services aux personnes hébergées en milieu substitut

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en CHSLD en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,44	3	3,48
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,28	0,23	0,31

Commentaires

Les cibles sont atteintes pour les deux indicateurs et les résultats dépassent les attentes. On observe une augmentation du nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD.



Services dans le milieu de vie

Attente administrative

Objectif de résultats

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	3 981	3 187	4 331
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	32,5	24	35,40

Commentaires

Les deux cibles sont dépassées. Les services de soutien à domicile sont en croissance constante et rejoignent 20 % de la population âgée de 65 ans et plus, tout en dépassant les attentes ministérielles. Le nombre moyen d'interventions par personne par année est également au-dessus de la cible. Mentionnons que cet indicateur ne tient pas compte des services offerts par le biais d'allocations directes ou par des achats de services auprès d'entreprises d'économie sociale.

Santé mentale

◆ Services d'urgence

Attente administrative

Objectif de résultats

Maintenir ou diminuer la durée des séjours sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale :

- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;
- Pourcentage de patients séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Séjour moyen sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	13	12	11,5
Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	3,7 %	0,9 %	2,4 %

Commentaires

La cible est atteinte pour le séjour moyen sur civière à l'urgence, mais ne l'est pas pour le pourcentage de séjour de 48 heures ou plus. Le résultat pour cet indicateur a toutefois connu une amélioration comparativement à l'an dernier, passant de 3,7 % à 2,4 %.

Soulignons que les résultats pour la santé mentale englobent ici les personnes de 75 ans ou plus ayant un trouble cognitif et les personnes présentant un problème de dépendance.

Quatre CSSS sur cinq atteignent les objectifs ciblés. Seul le CSSS de la Vallée-de-l'Or n'atteint pas les cibles, avec un séjour moyen de 17,3 heures et un taux de 7,3 % pour les séjours de 48 heures ou plus. Les services à l'urgence, aussi qualifiés de porte d'entrée en dehors des heures d'ouverture des services psychosociaux, sont souvent la seule alternative pour les personnes à potentiel suicidaire élevé et les personnes en crise suicidaire ou psychiatrique. L'intoxication d'un usager en crise lors de son séjour sur civière peut également en retarder le congé.

Santé physique

◆ Centre virtuel de santé et de services sociaux (CvSSS)

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Déployer le CvSSS.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Déploiement du CvSSS	Phase 1 déployée	Phase 2 déployée	Phase 2 déployée

Commentaires

La deuxième phase d'implantation du CvSSS est en cours de déploiement. En 2011, les travaux des quatre comités cliniques du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) se sont poursuivis et les offres de service en télécardiologie, en téléobstétrique, en téléoncologie et en télépsychiatrie adulte et pédiatrique ont été élaborées. Un Centre d'expertise et de coordination de télésanté (CeCoT) a été mis en place au CUSM, entre autres pour desservir les professionnels au plan du soutien à l'utilisation de la requête clinique et à la réservation de la visioconférence. Divers équipements périphériques médicaux ont été ajoutés aux stations déjà installées dans sept établissements de la région pour permettre d'améliorer la qualité des consultations réalisées à distance. La fin du projet est prévue en juin 2012.

◆ Continuum de services en traumatologie

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer le continuum de services en traumatologie.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Consolidation du Plan directeur régional en traumatologie	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Le Plan directeur régional en traumatologie – Abitibi-Témiscamingue identifie les actions nécessaires pour assurer le continuum de services en traumatologie sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue et le secteur ouest du Nord-du-Québec (Lebel-sur-Quévillon et Matagami). Il permet ainsi la mise en œuvre et l'application des 14 maillons de la chaîne d'intervention formant le continuum de services en traumatologie. Ce plan précise également les indicateurs qui serviront à évaluer son évolution. Il veille ainsi sur la qualité du continuum des services en traumatologie.

Trois plans d'action ont été adoptés, soit :

- Le Plan régional d'organisation de services pour la clientèle ayant subi un traumatisme crânio cérébral léger (TCCL) 2011-2014;
- Le Plan d'action régional 2011-2014 pour le consortium interrégional de soins et services pour les adultes ayant subi un traumatisme crânio cérébral modéré ou grave;
- Le Plan d'action régional 2011-2014 pour le consortium interrégional de soins et services pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme crânio cérébral modéré ou grave.

Le renouvellement des ententes corridors de services a été conclu :

- Entente relative au transfert interétablissements des victimes de traumatismes pour la clientèle pédiatrique avec le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine de Montréal;
- Entente relative au transfert interétablissements des victimes de traumatismes pour la clientèle adulte avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal;
- Entente relative au transfert interétablissements des victimes de traumatismes entre le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (Lebel-sur-Quévillon et Matagami) et le CSSS Les Eskers de l'Abitibi;
- Entente relative au transfert interétablissements des personnes blessées médullaires avec le Centre d'expertise pour personnes blessées médullaires de l'ouest du Québec formé de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal et du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau en collaboration avec le Programme national d'assistance ventilatoire à domicile du Centre universitaire de santé McGill.



Lutte contre le cancer

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer le soutien clinique aux professionnels impliqués auprès de la clientèle atteinte d'un cancer.

Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Activités de soutien variées	Formations, supervision et échanges cliniques	Formations, supervision et échanges cliniques	Formations, supervision et échanges cliniques

Commentaires

Soutien à l'interdisciplinarité : Le travail en interdisciplinarité se poursuit dans les cinq équipes d'oncologie de la région. Au cours de l'année, deux tournées régionales de formation ont eu lieu, soit en mai et en novembre 2011. D'autres journées de soutien et de formation sont prévues en 2012.

Supervision clinique par télésanté pour les infirmières en oncologie et en soins palliatifs : Depuis juin 2011, des séances de supervision clinique sont offertes en visioconférence par le RUIS McGill à l'ensemble des infirmières en oncologie et en soins palliatifs des régions de l'Abitibi-Témiscamingue et du Nord-du-Québec. Ces séances s'avèrent très enrichissantes pour la pratique des infirmières et permettent d'améliorer les services.

Comité des thérapies du cancer : Des visioconférences mensuelles sont organisées par le Comité des thérapies du cancer du CSSS Les Eskers de l'Abitibi en collaboration avec le Comité d'évaluation des pratiques oncologiques (CEPO) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Différentes histoires de cas sont abordées. Ces activités sont accessibles aux professionnels de l'Abitibi-Témiscamingue et du Nord-du-Québec.

◆ Lutte contre le cancer

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Implanter un Centre spécialisé en cancer (CSC) en région.
Implanter un registre local du cancer dans les CSSS visés.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
CSC implanté en région	S.O.	CSC implanté	En processus d'implantation
Registre local du cancer implanté dans chaque CSSS visé	Phase 1 complétée	Phase 2 en cours	Phase 2 complétée

Commentaires

Implantation d'un Centre spécialisé en cancer : En avril 2011, la Direction québécoise de la lutte contre le cancer est devenue la Direction québécoise du cancer (DQC). Le mandat de la DQC a évolué et il vise notamment à renforcer la gouvernance clinique, la prise en compte de la perspective de la personne atteinte de cancer et l'évaluation de la performance dans l'organisation de la lutte contre le cancer au sein du système de soins et de services de santé et de services sociaux. Pour modifier sa gouverne, l'Abitibi-Témiscamingue doit se doter d'un CSC qui assurera la prestation des soins et des services spécialisés en cancer correspondant minimalement au plan régional du modèle d'organisation préconisé par le Programme québécois de lutte contre le cancer. Des consultations ont été réalisées auprès des différentes tables régionales de l'Agence pour déterminer un modèle de CSC qui sera présenté au MSSS en juin 2012.

Implantation d'un registre local du cancer : Les trois établissements possédant un laboratoire de pathologie, soit les CSSS de la Vallée-de-l'Or, de Rouyn-Noranda et Les Eskers de l'Abitibi, poursuivent la transmission régulière à la RAMQ des rapports de pathologie et de cytologie de patients ayant un diagnostic de cancer. Ces transmissions sont le prolongement de la phase 1 du projet. La phase 2 a débuté en décembre 2011. Elle consiste à planifier l'implantation d'un registre local du cancer dans les centres d'oncologie qui administrent des traitements (chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie). Des formations sont prévues en 2012 pour permettre aux archivistes médicales de travailler avec la solution technologique qui sera retenue et selon le cadre normatif du MSSS. La première transmission au registre québécois du cancer des renseignements commence dès janvier 2013 et inscrira quatre types de cancer, soit le cancer du poumon, de la prostate, du sein et colorectal.

◆ Soins palliatifs

Attente administrative

Objectif de résultats

Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	435	431	429
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	16,6	15,4	15,5

Commentaires

Le nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile se trouve très légèrement sous la cible 2011-2012, alors que la cible est atteinte pour l'intensité des services.

◆ Soins palliatifs — Agrément

Attente administrative

Objectif de résultats | Renouveler l'agrément des maisons de soins palliatifs de la région.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre de maisons de soins palliatifs agréées	3	3	3

Commentaires Une démarche d'agrément a été entreprise à l'automne 2011 pour les trois maisons de soins palliatifs de la région. La Maison de soins palliatifs de Rouyn-Noranda, la Maison de la Source Gabriel ainsi que la Maison du Bouleau Blanc ont rempli l'ensemble des 43 conditions préalables et ont été agréées jusqu'au 31 mars 2016.

◆ Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments (SARDM)

Attente administrative

Objectif de résultats | Compléter l'installation du SARDM

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre d'établissements ayant complété l'installation du SARDM	S.O.	2	2

Commentaires Deux CSSS ont complètement installé le SARDM. Deux autres sont en processus d'implantation et un dernier est prévu pour 2014.

Santé publique



Développement des communautés

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer un soutien d'expertise en développement des communautés.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Accompagnement et soutien d'expertise selon les besoins	Réponses aux besoins	Selon les besoins du milieu	Réponses aux besoins

Commentaires

L'approche Développement des communautés se décline, cette année, en trois volets :

Soutien au développement des communautés (DC) : En 2011-2012, neuf communautés ont finalisé leur tableau de bord et cinq autres ont amorcé cette démarche. Afin de faire le point sur cette expérimentation de tableau de bord et d'en exposer les résultats, une tournée régionale des cinq territoires de MRC a réuni plus de 75 personnes en mars et avril 2012. Ce fut l'occasion d'expliquer la démarche et l'évaluation de chacune des étapes ainsi que d'échanger sur les modalités d'appropriation de cette approche par les territoires.

À l'automne, en suivi à l'expérimentation du tableau de bord des communautés, des ateliers d'apprentissage à cette démarche ont été réalisés dans les cinq territoires de MRC. Cinquante-cinq participants ont reçu le document *Trousse d'outils pour soutenir et réaliser une démarche de développement d'une communauté*. L'atelier a permis aux participants de se familiariser avec le rôle d'accompagnateur et les différents outils disponibles pour mieux connaître une communauté, bien exprimer un diagnostic et formuler un plan d'action à partir du travail d'un groupe de citoyens et d'intervenants locaux. Cette démarche prend forme à travers 3 phases et 8 étapes, pour se conclure dans la réalisation d'actions concrètes devant agir sur la qualité de vie de la communauté.

Villes et villages en santé (VVS) : Les 32 municipalités membres de VVS de la région ont été conviées à une rencontre du réseau régional VVS afin de faire le point sur les actions réalisées au cours des trois dernières années, de mieux connaître certaines actions initiées par cinq d'entre elles et d'échanger sur la base de données de l'Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue, le tableau de bord des communautés, les services du Réseau québécois VVS et sur des idées devant inspirer l'organisation du colloque provincial du Réseau québécois de VVS qui se tiendra à Rouyn-Noranda en septembre 2012. Le répondant régional VVS a poursuivi tout au long de l'année ses actions d'accompagnement — participation aux réunions, réponse à des demandes — auprès des membres. La publication de cinq numéros du Bulletin de liaison VVS a permis de diffuser les initiatives et de garder le contact avec et entre les membres VVS de la région.

Programme de sécurité alimentaire (PSA) : Le programme de sécurité alimentaire appuie les initiatives d'autonomie et de dépannage alimentaires menées par les cinq organismes reconnus en ce domaine dans chacun des territoires de CSSS. Cette année, une somme de 75 841 \$ a été accordée en appui à ces initiatives, 75 % pour l'autonomie alimentaire et 25 % pour le dépannage. En novembre 2011, la ministre déléguée aux Services sociaux annonçait une somme additionnelle non récurrente de 31 811 \$ pour la région afin d'améliorer les conditions de vie des personnes les plus démunies. Ce montant a été ajouté à l'enveloppe du programme de sécurité alimentaire et facilitera l'ajout de nouvelles initiatives en sécurité alimentaire.



Habitudes de vie et maladies chroniques — Dépistage du cancer du sein

Attente administrative

Objectif de résultats | Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Taux de participation au PQDCS	66,4 %	70 %	67,1 %

Commentaires

Dans la région, le taux de participation au PQDCS (67,1 %) est supérieur à la moyenne provinciale, qui se situe à 57,9 %. Notons que le centre de dépistage désigné (CDD) du CSSS Les Eskers de l'Abitibi conserve un taux de participation supérieur (72,8 %) à la cible provinciale (70 %). Pour l'année 2011, la visite de la clinique accréditée de radiologie (CLARA) sur le territoire du CSSS du Témiscamingue (secteur Témiscaming) a eu lieu du 4 au 9 mai 2011.

Dans le but de faciliter le travail du personnel qui fixe les rendez-vous dans les CDD de la région et de favoriser une harmonisation des pratiques de gestion des listes d'attente, une procédure a été suggérée aux CDD pour les rendez-vous des mammographies de dépistage.

Le centre de coordination des services régionaux (CCSR) a collaboré à une tournée régionale auprès des communautés anglophones dans le but de promouvoir le PQDCS. Les femmes d'expression anglaise, incluant les femmes autochtones, étaient invitées à une présentation, traduite simultanément en anglais, sur le PQDCS. Cette présentation a eu lieu le 19 mars 2012 à Notre-Dame du Nord (Timiskaming First Nation), le 20 mars à Kipawa, le 21 mars à Winneway et le 26 mars à Val-d'Or. Au total, 64 femmes anglophones ont bénéficié de la présentation *La santé des seins et le PQDCS en Abitibi-Témiscamingue*.

Enfin, après 10 ans de fonctionnement, une analyse de l'utilisation de la ligne téléphonique sans frais a débuté le 1^{er} octobre 2011 pour se terminer le 15 mai 2012. Le bilan nous fournira des informations pertinentes concernant les femmes utilisatrices, les types de demandes et la durée de l'intervention, ce qui devrait permettre d'améliorer le service.



Habitudes de vie et maladies chroniques — Prévention des maladies chroniques

Attente administrative

Objectif de résultats | Implantation du modèle intégré de lutte aux maladies chroniques et soutien à tous les niveaux du continuum de services.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Rencontre avec chacune des équipes locales de lutte aux maladies chroniques	S.O.	Rencontrer les équipes des 5 CSSS	5 équipes rencontrées

Commentaires

Afin d'avoir une vision globale des modèles de lutte aux maladies chroniques mis en place dans chacun des CSSS, une tournée des équipes locales a été faite à l'automne 2011 et à l'hiver 2012. Les objectifs spécifiques étaient de :

- favoriser l'arrimage avec les médecins de première ligne, notamment les GMF;
- identifier les besoins de soutien locaux concernant l'implantation, la mesure et les actions autour de l'indicateur de qualité choisi dans le cadre du projet de recherche du Dr Antoine Boivin;
- connaître le niveau d'implantation des différentes strates de leur modèle local et préciser les besoins de soutien souhaité.

Chacune des équipes locales du Programme 0•5•30 combinaison prévention soutien les choix et la planification des actions faits par les partenaires locaux regroupés autour de Québec en Forme et ceci en cohérence avec le projet clinique des CSSS. Ces actions sont également soutenues par les projets développés par le comité intersectoriel régional en saines habitudes de vie.

L'arrimage entre les équipes interdisciplinaires des établissements, les équipes GMF et les partenaires demeure un défi afin d'améliorer les pratiques et d'assurer une meilleure prise en charge de la clientèle atteinte de maladies chroniques. D'intéressantes mesures sont mises en place par les CSSS et contribuent à l'implantation du modèle de lutte aux maladies chroniques. À cet effet, un colloque régional sur la 1^{re} ligne réunira les acteurs clés des réseaux locaux cet automne.

Les huit centres d'abandon du tabagisme (CAT) de la région poursuivent leurs activités. Des présentations de l'ordonnance collective sur les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) ont eu lieu dans chacune des MRC aux intervenants des CAT et aux pharmaciens communautaires afin de favoriser la collaboration entre les intervenants et l'accessibilité aux TRN.

L'offre de formation en cuisine santé développée par le comité intersectoriel régional en saines habitudes de vie, en partenariat avec le Centre de formation professionnelle du Lac-Abitibi est toujours en déploiement. Ce sont 32 milieux (centres de la petite enfance, concessionnaires alimentaires en milieu scolaire, CSSS, CJ et le Centre d'amitié autochtone) qui ont participé aux formations offertes à l'automne 2011, totalisant 66 participants. Cette formation vise à améliorer l'offre alimentaire auprès des jeunes. La contribution de l'équipe en surveillance de la Direction de santé publique permet de se conformer aux exigences d'évaluation du Fonds Québec en forme qui soutient financièrement ce projet et d'évaluer l'impact de la formation sur l'offre alimentaire.



Jeunes et famille – Animation de jeunes en milieu rural

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Soutenir les locaux de jeunes en milieu rural dans le but de faciliter la consolidation de cette mesure. Soutenir la mise en place d'actions faisant la promotion et facilitant l'adoption d'une saine alimentation, d'un mode de vie physiquement actif et le développement des compétences sociales.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre de territoires de CSSS participant à l'Entente de concertation régionale Jeunes en milieu rural	5/5	5/5	5/5
Nombre de territoires mettant en place des initiatives de promotion et d'adoption d'une saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif	5/5	5/5	5/5

Commentaires

Au cours de l'année 2011-2012, les partenaires se sont de nouveau concentrés sur trois axes d'action. Les mandataires ainsi que les partenaires locaux et régionaux ont agi sur la prévention des toxicomanies, la participation citoyenne et les saines habitudes de vie (alimentation et activité physique). À ces actions s'ajoute l'objectif d'associer les parties à la mise en place, au développement, à l'animation et à la consolidation des comités et des locaux de jeunes en milieu rural de l'Abitibi-Témiscamingue. Cette mesure s'adresse plus particulièrement aux jeunes de 12 à 17 ans.

La troisième entente a été ratifiée en mars 2012. Ce renouvellement a été favorisé par l'analyse des intentions, des actions et des résultats des ententes précédentes. Cette analyse, soutenue par la mise en place d'un document de reddition de comptes commun et d'un outil de suivi des axes de l'entente, a également permis de justifier la bonification du montant versé aux mandataires.

Les locaux de jeunes sont présents au sein des regroupements locaux de partenaires Québec en Forme de la région et les intervenants participent à l'élaboration des plans d'action locaux, permettant ainsi la consolidation de leurs actions en lien avec l'axe en saines habitudes de vie.

Les objectifs pour la prochaine année sont de poursuivre le développement des compétences des animateurs en lien avec les trois axes de l'entente et de développer des stratégies pour obtenir de nouvelles sources de financement.



Jeunes et famille – Promotion et prévention

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Proportion de femmes ayant accouché dans l'année, rejointes par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	92,5 %	En région : 90 % Demande du MSSS : 80 %	En région : *(95,9 %) Selon les projections du MSSS : 102 %

Commentaires

Chaque CSSS a atteint la cible et tous les CSSS ont entrepris les suivis SIPPE de la 12^e semaine de grossesse jusqu'à 24 mois de vie de l'enfant. Quelques-uns ont essuyé des refus de la part des femmes, mais la proportion est minime en comparaison avec le nombre de mères rejointes.

Le suivi des enfants jusqu'à l'âge de 5 ans serait souhaitable, mais dans les faits, les intervenants n'arrivent pas à assurer l'intensité du suivi jusqu'à cet âge. Pour les communautés autochtones, le nombre de femmes enceintes suivies par les cliniques médicales et correspondant aux critères des SIPPE est très difficile à obtenir par trois des CSSS concernés. Ces femmes autochtones reçoivent des services en santé maternelle et infantile fournis par Santé Canada, et ce, dans leur milieu à Val-d'Or. Les femmes autochtones qui vivent hors réserve ont pu bénéficier des services par l'entremise d'une infirmière de la nouvelle Clinique Minowé. Elle collabore avec l'équipe d'intervenantes des SIPPE du CSSS de la Vallée-de-l'Or.

* La donnée entre parenthèses correspond à une compilation manuelle, effectuée par l'Agence et les établissements, basée sur les avis de grossesse réels et non sur une projection du nombre de naissances. Le MSSS retient comme dénominateur pour cet indicateur une projection de femmes, ce qui donne une cible de 102 %, alors que les CSSS effectuent le calcul sur le nombre réel de femmes admissibles au programme. Malgré une amélioration considérable, ajoutons que les fiches de périnatalité ne sont pas toutes complétées avec assiduité par les intervenantes SIPPE et que des relances régulières sont faites par l'Agence à cet effet.

Commentaires

Le processus de référence au programme SIPPE se poursuit grâce aux avis de grossesse acheminés par l'entremise des cliniques médicales. Chacune des femmes répondant aux critères reçoit un appel de son CSSS et les services lui sont offerts.

Tous les CSSS ont des tables intersectorielles actives sur leur territoire pour les familles et les enfants de 0 à 5 ans. Les tables ont des liens significatifs avec les équipes interprofessionnelles, ce qui renforce mutuellement les deux composantes du programme. L'année 2011-2012 a été une année occupée pour ces regroupements de partenaires puisqu'ils ont rédigé des états de situation et des plans triennaux qui ont été soumis à la Fondation Avenir d'Enfant (AE). Les partenaires de ces tables ont travaillé ardemment avec l'aide de l'organisateur communautaire du CSSS et le répondant régional d'AE pour présenter des demandes financières pour des projets. Trois territoires sur cinq ont obtenu du financement pour l'embauche d'une coordonnatrice, leur permettant ainsi de soutenir les actions instaurées pour les familles d'enfants de 0 à 5 ans dans leur communauté. Deux autres territoires sont en attente de réponse.

En terminant, l'Agence souligne le succès du déploiement d'un programme de soutien à l'allaitement par le jumelage de marraines aux mères qui le demandent. Ce programme, initié par un médecin-conseil de la Direction de santé publique, est mieux connu sous l'appellation de C'MAMAN. Grâce à l'excellente collaboration des CSSS et l'implantation d'une coordination locale, il y a eu un recrutement impressionnant de mères bénévoles en allaitement (mba). Ainsi, entre le mois d'octobre 2011 et celui d'avril 2012, 3 formations de base de 12 heures en allaitement ont permis à 40 nouvelles mba de s'impliquer dans leur communauté. Une formation de niveau 2 est prévue au cours de la prochaine année afin de poursuivre le développement des compétences des mba.



Maladies infectieuses – Immunisation

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Augmenter la couverture vaccinale contre l'influenza chez les travailleurs de la santé.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Pourcentage d'employés qui ont reçu le vaccin contre l'influenza saisonnière	44 %	80 %	47,5 %

Commentaires

On observe un léger gain de 3,5 % en comparaison avec l'année dernière. La cible de 80 % est loin d'être atteinte. Deux CSSS se démarquent des autres établissements avec des taux de 62,1 % et 58,9 %.

Regagner la confiance des membres du personnel de soins afin d'augmenter leur adhésion est un défi de taille. Il faudra maintenir les activités de promotion dans les CSSS et faire preuve de créativité pour augmenter le taux de participation.

◆ Maladies infectieuses – Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Attente administrative

Objectif de résultats Réduire la transmission des ITSS.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP)	491	532	581

Commentaires

Chaque CSSS cible les milieux et les activités à déployer afin de rejoindre ses clientèles vulnérables de sorte que l'organisation des services varie d'un territoire à l'autre. La cible est atteinte pour la région. Toutefois, un territoire en particulier a connu des difficultés pour le remplacement d'infirmières SIDEP, ce qui explique en partie la diminution des références et des dépistages pour ce territoire.

Quant au programme travail de rue, plusieurs secteurs ont été fragilisés par le départ et le manque de ressources humaines qualifiées pour les remplacements. La participation des pharmaciens communautaires au programme Échange de seringues, services d'aide et d'information sur le SIDA (ESSAIS) connaît des difficultés puisque plusieurs pharmacies se sont retirées du projet. Des organismes communautaires ont pris la relève, mais de façon insuffisante pour combler les besoins.

Après avoir enregistré une baisse des infections à la chlamydia entre 2008 et 2009 (211 cas par 100 000 habitants en 2008 comparativement à 191 en 2009), la hausse observée dans la région en 2010 s'est poursuivie en 2011. Ainsi, de 269 cas pour 100 000 habitants en 2010, le nombre de cas déclarés a atteint 327 par 100 000 habitants, en 2011, en Abitibi-Témiscamingue. Il s'agit de taux supérieurs aux moyennes provinciales pour ces 2 années (218 en 2010 et 241 en 2011).

Des efforts devront donc être maintenus grâce, d'une part, au travail effectué par les SIDEP et, d'autre part, au rôle élargi des infirmières introduit par la modification du Code des professions. Celles-ci peuvent faire le dépistage et entreprendre un traitement en collaboration avec les pharmaciens. Cette modification des pratiques améliore l'accessibilité aux services et facilite le travail de complémentarité avec les travailleurs de rue. Des travaux sont en cours pour améliorer l'accessibilité aux traitements pour les patients mono-infectés à l'hépatite C dans le secteur de Val-d'Or. Des travaux d'arrimage entre les cliniques régionales VIH-Sida et méthadone permettront un partage d'expertise entre les intervenants, une collaboration bénéfique et une meilleure accessibilité pour la clientèle.

◆ Prévention des chutes chez les personnes âgées

Attente administrative

Objectif de résultats Consolider la mise en œuvre du volet 1 du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). Favoriser la mise en œuvre du volet 2 du programme Intervention multifactorielle personnalisée (IMP).

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre de groupes de personnes âgées de 65 ans et plus ayant participé au PIED	ND	12	12
Nombre d'usagers ayant été rejoints par le Programme IMP	132	101	115

Commentaires

PIED : Tous les CSSS de la région ont offert le PIED à au moins deux reprises cette année, à l'exception d'un CSSS qui l'a offert à un seul groupe. Le nombre de participants par groupe varie de 7 à 15 personnes. Une rencontre annuelle entre les animateurs *PIED* de la région favorise les échanges, l'harmonisation des pratiques et permet une mise à jour des connaissances reliées au programme.

Programme IMP : La cible est atteinte quant au nombre de personnes rejointes par le programme IMP pour l'année 2011-2012. Toutefois, dans certains territoires, le déploiement actuel ne permet pas de rejoindre toutes les personnes admissibles au programme.

L'implantation globale est différente selon le territoire, notamment en raison du manque de ressources professionnelles. Les trois facteurs de risque essentiels exigés par le MSSS, soit l'environnement domiciliaire, la capacité motrice et la médication, sont considérés. L'évaluation complète du facteur de risque associé à la médication se doit d'être plus systématique. Plusieurs CSSS évaluent d'autres facteurs de risque comme la nutrition, les troubles de la vision, la consommation d'alcool et l'hypotension orthostatique, tel que proposé dans le guide d'implantation IMP.



Prévention et contrôle – Infections nosocomiales

Attente administrative

Objectif de résultats

Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières affectées au programme de prévention des infections nosocomiales	100 %	100 %	100 %

Commentaires

Tous les CSSS répondent au ratio, à quelques heures près. L'Agence doit souligner que les trois microbiologistes de la région apportent une aide particulièrement intéressante pour ce qui est de la surveillance des infections. Une belle collaboration s'est installée entre les infirmières et infirmiers en prévention et contrôle des infections et les trois microbiologistes.



Santé au travail

Préoccupation régionale

Le programme Santé au travail, qui tire ses origines de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, vise à soutenir les milieux de travail dans leurs obligations en matière de prévention et de protection de la santé des travailleurs. Le Réseau régional de santé publique en santé au travail (RRSPSAT), sous la responsabilité du directeur de santé publique, contribue à l'actualisation du programme. Une entente annuelle de gestion et d'imputabilité lie la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et l'Agence.

Ainsi, le directeur de santé publique compte sur le concours des ressources d'une équipe régionale de même que d'intervenants locaux sous la gouverne du CSSS du Témiscamingue et du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James pour les territoires de Matagami et de Lebel-sur-Quévillon. Le programme Santé au travail, tout comme l'année financière qui s'y rapporte, s'échelonne sur une année civile.

Pour 2011, les cibles fixées à l'intérieur de l'entente de gestion et d'imputabilité ont été atteintes à 75 %. Les faits saillants sont présentés dans le tableau suivant.

• Indicateur	Résultat 2010	Cible 2011	Résultat 2011
Nombre de demandes de services provenant des entreprises ou de la CSST et traitées par le RRSPSAT	143	124	142
Nombre de demandes reçues au programme Maternité sans danger et traitées par le RRSPSAT	889	946	905
Nombre de radiographies pulmonaires effectuées dans le cadre du règlement sur la santé pulmonaire des travailleurs de mines	1410	1400	1544
Nombre de visites d'appréciation préalables effectuées auprès de nouvelles entreprises pour éventuellement réaliser un programme de santé spécifique	15	34	24

Les résultats sont très satisfaisants. Soulignons enfin le succès obtenu lors du 23^e Colloque régional en santé et sécurité au travail. Cette activité annuelle, organisée en partenariat entre le RRSPSAT et la CSST, est un événement incontournable de promotion de la santé et de la sécurité au travail auprès des employeurs et des travailleurs de la région. Près de 500 personnes ont participé à l'une ou l'autre des deux journées du colloque.



Santé environnementale

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer un soutien d'expertise en santé environnementale.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Avis et soutien d'expertise selon les besoins	Réponses aux besoins	Selon les besoins du milieu	Réponses aux besoins

Commentaires

L'équipe en santé environnementale assure à la fois des activités de prévention et de protection de la santé. La prévention s'orchestre autour d'activités de sensibilisation de la population aux effets que peut entraîner la présence de contaminants chimiques, physiques ou biologiques dans leur environnement ainsi qu'aux moyens à déployer pour limiter les effets de ces contaminants sur la santé. La protection de la santé est assurée par des activités de surveillance de paramètres environnementaux ciblés ou par des suivis réalisés lors de signalement d'intoxication ou autres problématiques de santé environnementale.

Pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, assurer un soutien d'expertise en santé environnementale signifie :

- poursuivre les activités de surveillance de la qualité de l'air intérieur et extérieur, de l'eau potable, des eaux récréatives, de la contamination des sols résidentiels et des cas d'intoxication à des substances toxiques;
- sensibiliser la population aux effets causés par une exposition à différentes substances présentant des risques potentiels pour la santé (ex. : arsenic dans l'eau potable, cadmium dans les abats d'originaux, mercure ou sélénium dans la chair du poisson, radon, amiante ou moisissures dans les maisons, etc.);
- soutenir techniquement et collaborer avec les CSSS de la région et les municipalités pour les situations d'insalubrité majeure dans un logement ou une habitation;
- participer aux étapes de la procédure d'évaluation et d'examen des impacts environnementaux de projets d'envergure, dont les projets miniers;

- participer au processus de révision des schémas d'aménagement;
- planifier les interventions lors de situations d'urgence et de catastrophes environnementales;
- documenter les problématiques émergentes et en informer la population;
- répondre aux questions adressées directement à l'Agence par la population.

À ces activités régulières, se sont ajoutés cette année des mandats liés aux activités suivantes :

- participer à la mise à jour de la stratégie d'échantillonnage du quartier Notre-Dame à Rouyn-Noranda, avec Xstrata Copper-Fonderie Horne;
- poursuivre les activités de surveillance et de suivi en lien avec l'exploitation de la mine à ciel ouvert Canadien Malartic;
- travailler conjointement avec la municipalité de Val-d'Or et le CSSS de la Vallée-de-l'Or afin de conclure une entente concernant les situations d'insalubrité dans un logement;
- participer à la table de travail interministérielle en vue de l'élaboration d'orientations gouvernementales concernant la révision de la Loi sur les mines (projet de loi 14);
- mettre sur pied un réseau de répondants locaux en lien avec le développement durable.



Surveillance de l'état de santé

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Documenter l'état de santé de la population résidant en Abitibi-Témiscamingue et certaines problématiques, afin de soutenir les CSSS dans leur mandat de responsabilité populationnelle et également, d'informer la population, les intervenants et les décideurs comme le prescrit la Loi sur la santé publique.

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat 2010-2011</i>	<i>Cible 2011-2012</i>	<i>Résultat 2011-2012</i>
Réalisation et diffusion de fascicules thématiques	6 fascicules	10 fascicules	4 fascicules
Réalisation et diffusion de l'édition 2011 du Portrait de santé	S.O.	7 fascicules	7 fascicules
Réalisation d'un portrait des personnes âgées	S.O.	6 documents (Région et 5 MRC)	6 documents (Région et 5 MRC)

Commentaires

Sur l'ensemble des 10 fascicules thématiques planifiés, 4 ont été réalisés et publiés au cours de l'année :

- Le cancer en Abitibi-Témiscamingue;
- La situation sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang en Abitibi-Témiscamingue;
- Dans l'intimité des Témiscabitiens : quelques données sur les comportements sexuels de la population – Abitibi-Témiscamingue;
- À faire grincer des dents... Aperçu de la santé et de l'hygiène buccodentaires en Abitibi-Témiscamingue.

Deux fascicules ont été amorcés et sont en préparation :

- le poids corporel, la perception du poids et les moyens utilisés pour maigrir ou maintenir son poids;
- les maladies cardiovasculaires.

La production d'un fascicule sur la pratique de l'activité physique a dû être annulée pour des raisons méthodologiques. Quant aux trois autres fascicules, leur production a été reportée à une date ultérieure.

En plus de la production de fascicules résumant la situation dans chaque territoire de CSSS ainsi que dans la région, la réalisation de l'édition 2011 du Portrait de santé a impliqué la création d'une nouvelle section sur le site Web de l'Agence. Plutôt que de simplement déposer un volumineux document sur le site Internet, tous les indicateurs ayant servi à l'élaboration du Portrait de santé ont été rendus disponibles. Le fait de présenter chaque indicateur de façon indépendante permet une mise à jour en continu des données. D'ailleurs, sur les 123 indicateurs en ligne, une douzaine a déjà pu faire l'objet d'une mise à jour.

La diffusion de ces différents documents a été faite auprès de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des partenaires intersectoriels concernés. La version électronique des fascicules a également été déposée sur le site Web de l'Agence. Les médias locaux et régionaux (télévision, radio et journaux écrits) ont couvert positivement, à chaque fois, le lancement de ces documents.

Services généraux

◆ Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)

Attente administrative

Objectif de résultats | Mettre à jour le RRSS.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Proportion des ressources de l'Abitibi-Témiscamingue contenues dans le RRSS mises à jour dans les délais	S.O.	S.O.	96 %

Commentaires La cible est atteinte. Depuis la période 12 de l'année 2011-2012, la mise à jour des ressources locales et régionales contenues au RRSS est effectuée à l'Agence.

◆ Services psychosociaux généraux

Attente administrative

Objectif de résultats | Améliorer, dans chaque territoire local, l'accès aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre d'utilisateurs desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	2 346	2 307	2 504
Nombre moyen d'interventions par utilisateur réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,79	3,90	3,87

Commentaires La cible est dépassée en ce qui concerne le nombre d'utilisateurs rejoints et elle est pratiquement atteinte quant à l'intensité des services psychosociaux généraux.

Mentionnons que ces résultats ne concernent que la clientèle rejointe par les services individuels. Les CSSS desservent également plusieurs personnes par le biais d'interventions de groupe dans ce programme.



Programmes de soutien

Administration et
soutien aux services

◆ Équilibre budgétaire

Attente administrative

Objectif de résultats

S'assurer de l'équilibre budgétaire des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Agence.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Évolution de la situation financière des établissements par rapport à l'année précédente	(2 966 185 \$)	0 \$	936 743 \$
Évolution de la situation financière de l'Agence	387 921 \$	0 \$	267 829 \$

Commentaires

En 2011-2012, deux établissements présentent un déficit. En ce qui concerne un de ces établissements, le déficit est comblé par l'avoir propre. Pour l'autre établissement déficitaire, des mesures sont mises en place pour le retour à l'équilibre budgétaire.

◆ Équilibre budgétaire

Attente administrative

Objectif de résultats

S'assurer de l'application de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Réduction de 25 % des coûts de publicité, de formation et de déplacement des établissements	453 389 \$	1 423 915 \$	1 423 915
Économie découlant du non-remplacement de 1 départ sur 2 à la retraite des établissements	165 639 \$	344 000 \$	0 \$
Réduction de 25 % des coûts de publicité, de formation et de déplacement de l'Agence	123 534 \$	123 534 \$	123 534 \$
Économie découlant du non-remplacement de 1 départ sur 2 à la retraite de l'Agence	21 115 \$	42 230 \$	42 230 \$

Commentaires

En 2011-2012, la cible régionale, visant des économies découlant du non-remplacement de un départ sur deux à la retraite des employés des secteurs administratifs, n'a pas été atteinte. Trois établissements ont déjà atteint la cible prévue pour le 31 mars 2014. On observe que pour la deuxième année, 4 établissements sur 9 ont réduit leurs dépenses dans les services administratifs. Deux établissements ont des coûts supérieurs en services administratifs en 2011-2012, comparativement à l'année de référence 2009-2010.

En ce qui a trait à la cible de réduction de 25 % des coûts de publicité, de formation et de déplacement, la cible régionale est atteinte à 100 \$.



Formation Agir auprès de la personne âgée

Attente administrative

Objectif de résultats

Poursuivre le déploiement local de la formation AGIR à l'intention des préposés aux bénéficiaires (PAB).

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Numéros d'ateliers pour lesquels la formation de formateurs a eu lieu	Ateliers : 5, 1	Ateliers : 1 à 8	Ateliers : 1, 2, 4, 6, 7, 8
Nombre de PAB (jour/personne) formés par atelier :			
- atelier 1	85	Variable selon les CSSS	10
- atelier 2	11		45
- atelier 3	8		0
- atelier 4	0		67
- atelier 5	102		0
- atelier 6	78		38
- atelier 7	144		81
- atelier 8	0		85
Total :	428		326
Nombre de CSSS ayant débuté le déploiement local de la formation auprès des PAB	6/6	6/6	6/6

Commentaires

Les cibles sont partiellement atteintes. Le travail requis par la pandémie et la loi 100 a causé un délai dans le déploiement de la formation au plan local. Il a fallu procéder à un réaménagement du plan initial de formation.

* Les PAB d'un établissement à vocation régionale et le CREDAT Clair Foyer ont participé à ces formations.



Planification de la main-d'œuvre

Attente administrative

Objectif de résultats

Normaliser les données selon le cadre normatif de la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO).

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre d'établissements qui ont normalisé les données selon le cadre normatif de la GPMO	10	9*	9*

Commentaires

La cible est atteinte. En 2011-2012, à l'aide d'un groupe de travail national, le MSSS a procédé à la révision du Cadre normatif en gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre.

Compte tenu de l'obligation légale de produire des plans de main-d'œuvre et du souci d'intégration des actions de l'ensemble des partenaires qui agissent dans le dossier main-d'œuvre, cette mise à jour se veut un document de référence sur les normes qui permet de soutenir la production des plans de main-d'œuvre et qui encadre le processus de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre.

* Fusion de deux CSSS en 2011-2012.



Planification de la main-d'œuvre

Attente administrative

Objectif de résultats

Mettre en œuvre la stratégie régionale de main-d'œuvre (SRMO) 2009-2015.

Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Actions à entreprendre en 2011-2012 par les comités de travail	12/15 actions débutées	10/10 actions en continu ou terminées	10/10 actions en continu ou terminées

Commentaires

En janvier 2010, le réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a adopté la SRMO 2009-2015. En référence aux dossiers prioritaires à traiter, des comités de travail ont été constitués et des actions à entreprendre ont été identifiées. La majorité des actions sont amorcées, certaines sont terminées.

Les sept actions suivantes se poursuivent en continu alors que les trois dernières sont complétées :

- offrir des emplois d'été aux étudiants;
- assurer la coordination régionale des corridors de stages pour des formations hors région ciblées;
- rencontrer les étudiants du secondaire I à V pour promouvoir les carrières en santé et services sociaux;
- participer aux activités de recrutement hors région;
- dresser un portrait des besoins au plan local et le diffuser sur le site Web www.jaidupanache.com;
- augmenter le bassin de main-d'œuvre formée en région;
- soutenir le développement des compétences par le biais d'activités spécifiques (préceptorat, coaching, mentorat, apprentissage dans l'action, formation à la thérapie intraveineuse, déploiement du programme de formation AGIR à l'intention des PAB, etc.);
- développer une stratégie régionale de marketing ressources humaines (RH);
- mettre sur pied un mécanisme régional de coordination des stages pour les formations hors région ciblées;
- adopter un programme régional de soutien financier à l'hébergement de stagiaires provenant de maisons d'enseignement situées hors région.

Enfin, les actions suivantes seront mises en œuvre l'an prochain :

- commencer l'implantation de la stratégie régionale de marketing RH élaborée en 2011-2012;
- concevoir un programme régional de soutien financier tripartite visant la répartition des stagiaires – volet social, sur tous les territoires de MRC et Ville de la région (hors du lieu d'études et hors de la MRC d'origine);
- soutenir la réalisation d'un projet pilote pour l'attraction et la rétention de psychologues en région;
- cibler des dossiers d'optimisation et soutenir leur réalisation;
- démarrer une nouvelle cohorte de préparation à la relève cadre intermédiaire.

◆ Planification de la main-d'œuvre

Attente administrative

Objectif de résultats

Produire un inventaire régional de la main-d'œuvre.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Portrait annuel détaillé de la main-d'œuvre selon le modèle prescrit	10	9*	9*

Commentaires

Les neuf établissements ont fourni le portrait annuel. Le portrait régional incluant le plan prévisionnel des effectifs sera produit le 30 novembre 2012.

* Fusion de deux CSSS en 2011-2012.

◆ Recrutement de la main-d'œuvre

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Améliorer la planification et la coordination de la formation pratique (stage).

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre d'établissements qui se sont engagés dans l'implantation de l'entente de collaboration avec les institutions d'enseignement de la région (stages volet social)	10	9*	9*
Nombre d'établissements qui se sont engagés dans l'implantation de l'entente de collaboration avec les institutions d'enseignement de la région (stages en soins infirmiers)	5	5	5

Commentaires

En ce qui a trait au volet social, le processus étape par étape a été très apprécié, particulièrement par les maisons d'enseignement qui ont reçu des offres formelles d'accueil de stagiaires de la part des établissements.

De plus, un comité de travail a déposé le projet Mesure de soutien aux stages hors du lieu d'études et hors de la MRC d'origine – volet social. Cela permettra aux maisons d'enseignement postsecondaire de pallier les difficultés de placement des stagiaires et de satisfaire aux besoins des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Lancée en avril 2012, cette mesure sera applicable à titre de projet pilote pour une période de 18 mois.

Pour ce qui est du volet soins infirmiers, un comité de stages ad hoc a été mis en place afin de proposer des moyens et aussi de dégager des pistes de solutions novatrices pour favoriser l'utilisation de la pleine capacité d'accueil des établissements hôtes, et ce, considérant les différents enjeux des milieux cliniques et des programmes de formation. Comme pour l'année dernière, le Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, la Commission scolaire Harricana et l'UQAT se sont rencontrés afin de compléter ensemble la grille des stages et ainsi permettre un équilibre dans le partage des places de stages.

* Fusion de deux CSSS en 2011-2012.



Recrutement de la main-d'œuvre

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Contribuer au recrutement, à la rétention et au maintien du personnel du réseau.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Participation à des salons de l'emploi selon le calendrier des événements	3 salons de l'emploi	7 salons de l'emploi	5 salons de l'emploi

Commentaires

L'Agence et l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont dorénavant un nouvel allié pour faire face aux défis qui attendent la région au chapitre de la main-d'œuvre. Ils sont maintenant associés au Mouvement de la relève d'Amos-région (MRAR) qui a été choisi afin de soutenir le réseau dans ses efforts de recrutement ainsi que dans la promotion des métiers et des professions liés à la santé et aux services sociaux. Cette nouvelle entente permet de poursuivre une initiative originale, lancée en mars 2007, en collaboration avec le Centre ressources jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue. La personne responsable du dossier au MRAR poursuivra le travail amorcé dans le cadre de la campagne *J'ai du panache!* et sera appelée à participer à différents salons de l'emploi et journées carrière. Ce partenariat, conclu au mois de septembre 2011, s'échelonnnera sur une période de cinq ans.

En 2011-2012, sept sorties ont été organisées pour participer à des salons de l'emploi dans les maisons d'enseignement situées à l'extérieur de la région, ce qui a permis de recueillir les curriculum vitae de 97 étudiants. Finalement, une tournée des écoles secondaires de l'Abitibi-Témiscamingue a permis de rencontrer près de 3000 étudiants sur l'ensemble du territoire et de leur faire connaître le réseau de la santé et des services sociaux.



Recrutement et rétention des cadres

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Soutenir et développer les compétences des cadres par le Programme régional de *coaching*.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre de demandes de <i>coaching</i>	14	15	9

Commentaires

La cible n'est pas atteinte. On constate une diminution des demandes de *coaching* par rapport aux années antérieures. L'implantation, dans quatre CSSS de la région, du Programme d'amélioration des conditions d'exercice des cadres (PACEC) — *Un employeur de choix, une région de choix : vers un management d'exception* peut avoir influencé les résultats 2011-2012. En effet, ce projet vise, entre autres, à offrir un accompagnement et un soutien aux gestionnaires en poste, notamment par la révision des processus et par le développement des compétences.

D'autres éléments peuvent avoir influencé les résultats, soit l'implantation de la méthode *Lean* et le codéveloppement (groupe de discussion) dans un établissement.

L'analyse des neuf demandes de *coaching* reçues en 2011-2012 indique que :

- quatre CSSS sur cinq ont au moins un gestionnaire qui a présenté une telle demande;
- aucune demande n'a été présentée par des gestionnaires provenant des établissements à vocation régionale;
- huit cadres ont choisi un consultant externe pour assurer leur coaching et un a opté pour un gestionnaire déjà en poste.

Il n'en demeure pas moins que l'évaluation du programme régional de *coaching* démontre que 100 % des cadres qui en ont bénéficié sont très satisfaits ou satisfaits et ils le recommandent tous fortement.

Ressources informationnelles

◆ Dossier de santé du Québec (DSQ)

Attente administrative

Objectif de résultats

Appliquer les démarches de planification du DSQ.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Réalisation de travaux préalables au DSQ (systèmes sources et normalisation)	Suivre les travaux de l'équipe provinciale DSQ	Amorcer le rehaussement du Système d'information de laboratoire (SIL) et normalisation de données	Les travaux ont été amorcés comme prévu. En attente pour le volet normalisation

Commentaires

La région a mandaté un chargé de projet DSQ qui s'emploie à mettre en place les conditions préalables à la venue du DSQ, notamment le rehaussement des systèmes sources, le séquençement et la coordination des activités avec les équipes cliniques et techniques, l'appropriation des normes et standards cliniques, etc. Les travaux de mise à jour des SIL et la normalisation des données ont été amorcés. La prochaine étape à ce chapitre consiste à recevoir l'équipe ministérielle du DSQ afin d'établir la marche à suivre pour la normalisation des données de laboratoire.

◆ Gouvernance et planification en ressources informationnelles

Attente administrative

Objectif de résultats

Réviser le plan directeur régional des ressources informationnelles (PDRRI) et le modèle de gouvernance.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Avancement des travaux concernant le PDRRI et le modèle de gouvernance	S.O.	Lancement des travaux de révision du PDRRI 2012-2017 et de la gouvernance	Les travaux ont été amorcés comme prévu

Commentaires

Une cueillette de besoins cliniques a été réalisée auprès des établissements de la région afin de mieux cibler les axes d'informatisation pour les prochaines années. Les objectifs du PDRRI ont dû être revus afin de répondre aux nouvelles exigences du projet de loi 133 (Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement) qui prévoit de nouvelles mesures de reddition de comptes, notamment la production de plans annuels et triennaux.

Les travaux sur la gouvernance sont amorcés avec l'ensemble des directeurs généraux des établissements de la région.



Informatisation dans le domaine de l'imagerie

Attente administrative

Objectif de résultats

Entente d'hébergement du système intégré d'imagerie diagnostique (SIID).

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Nombre de CSSS ayant signé l'entente régionale d'hébergement avec le technocentre régional (TCR)	S.O.	5/5	5/5
Entente d'hébergement et de service pour le SIID avec le Conseil cri de la Baie-James (région 18)	S.O.	Entente SIID des régions 08 et 18	Entente complétée

Commentaires

Tous les CSSS de la région ont conclu, en 2011-2012, une entente d'hébergement et de gouvernance clinique concernant le SIID. Par ailleurs, des travaux d'intégration du SIID ont été réalisés avec la région 18 (Conseil cri de la Baie-James) afin de partager certaines infrastructures régionales du domaine de l'imagerie, suivant les corridors de services établis. Ces travaux permettent une optimisation interrégionale des services d'imagerie, favorable à la clientèle.



Informatisation des GMF

Attente administrative

Objectif de résultats

Informatisation des GMF.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Proportion des GMF informatisés et disposant de toutes les fonctionnalités prévues	100 %	100 % (7/7)	100 % (7/7)
Déploiement de dossiers médicaux électroniques (DMÉ) dans les GMF de la région (mobilisation vers un choix commun régional)	S.O.	Mobilisation des GMF	Complété

Commentaires

L'Agence a contribué activement à la mobilisation des GMF et des CSSS autour de projets liés à la mise en place du DMÉ, notamment grâce à la tenue d'un colloque régional DMÉ, le 1^{er} décembre 2011. La direction des ressources informationnelles de l'Agence a participé activement aux rencontres du DRMG, des directeurs de services professionnels et de la Table de concertation régionale des GMF afin d'aborder les enjeux d'informatisation clinique.

Tous les GMF de la région ont maintenant accès à un centre de services autorisé (CSA) régional. L'ensemble du parc informatique des GMF a été mis à niveau récemment et est géré à distance par ce centre. L'Agence a assumé un leadership dans l'informatisation de ces GMF.



Informatisation des laboratoires

Attente administrative

Objectif de résultats

Remplacer les serveurs pour le domaine des laboratoires.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Remplacement des serveurs pour les laboratoires	Travaux d'appel d'offres pour l'achat des serveurs complétés Migration et tests (en cours)	Compléter le déploiement de TD Synergie	Complété (5/5)
Appel d'offres pour le contrat de service TD Synergie pour les 5 CSSS	S.O.	Procéder à un appel d'offres régional pour le contrat de service TD Synergie	Complété (5/5)

Commentaires

L'acquisition, l'installation et la mise en production des nouveaux serveurs de laboratoire ont été réalisées pour tous les CSSS en 2011-2012. Le module TDHC (histology/cytology) sera quant à lui déployé en 2012-2013.

Un appel d'offres régional concernant le support applicatif du SIL a été entrepris en février 2011 par l'Agence, en collaboration avec les CSSS de la région et le Groupe d'achats de l'Abitibi-Témiscamingue (GAAT). Le processus d'adjudication a été complété en mai 2011. De nouveaux contrats de service ont été signés avec la firme retenue pour les 5 CSSS de la région et permettront d'assurer le soutien et le maintien de la solution TD Synergie pour une période de trois à cinq ans. On estime à environ 115 000 \$ les économies annuelles réalisées par les établissements de la région à la suite de cet appel d'offres regroupé.



Maintien des actifs informationnels

Attente administrative

Objectif de résultats | Planifier le remplacement des postes informatiques pour l'ensemble des établissements de la région.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Respect du plan triennal et mise à jour de l'inventaire du parc informatique	Tous les établissements et l'Agence	Tous les établissements et l'Agence	Tous les établissements et l'Agence

Commentaires | Comme attendu, tous les établissements ont procédé à l'exercice annuel de prise d'inventaire de leur parc informatique et à la reddition de comptes concernant leur parc informatique.



Regroupement de centres de traitement informatiques

Attente administrative

Objectif de résultats | Amorcer le projet d'optimisation des centres de traitement informatiques.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Cueillette de données concernant les salles de serveurs de l'Agence et des établissements réalisée	S.O.	Cueillette de données réalisée	Cueillette de données complétée
Démarche d'audit permettant de déterminer les 2 sites qui hébergent les centres de traitement informatiques régionaux	S.O.	Choix des 2 centres de traitement	Choix réalisé

Commentaires | Une cueillette de données a été réalisée à l'automne 2011 afin d'évaluer l'inventaire des actifs informationnels locaux et régionaux ainsi que l'état des salles de serveurs actuelles. Un appel d'offres auprès des établissements a été réalisé par l'Agence afin d'identifier le centre de traitement secondaire régional.

Projets d'optimisation régionale

La région doit s'efforcer d'améliorer l'accès aux services tout en tirant le meilleur parti des ressources déjà disponibles, soit par la promotion d'une culture d'optimisation et par la pertinence des services rendus à la population.

La présente démarche d'optimisation vise la production des bénéfices suivants :

- améliorer l'accès aux services et la réponse aux besoins de la population;
- améliorer la circulation de l'utilisateur dans le système;
- générer une utilisation plus performante et pertinente des ressources;
- améliorer la productivité des ressources du réseau;
- diffuser les nouvelles manières de faire par l'implantation des résultats des projets les plus novateurs dans toutes les régions du Québec;
- valoriser les tâches et les milieux de travail par la mobilisation du personnel du réseau de services autour de projets novateurs;
- atteindre l'équilibre budgétaire par la réalisation de gains financiers possibles découlant d'une meilleure utilisation des ressources disponibles.

Voici l'état d'avancement des travaux d'optimisation régionale.

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Amorcer les projets régionaux d'optimisation.

• Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Buanderies	S.O.	25 %	25 %
Organisation régionale des services de réadaptation fonctionnelle intensive	S.O.	30 %	30 %
Bureaux de santé	S.O.	25 %	25 %
Approvisionnements – projet régional	S.O.	25 %	25 %

Activité d'approvisionnement pour l'Abitibi-Témiscamingue : Le groupe de travail formé de cadres supérieurs des établissements responsables des approvisionnements et de la directrice des ressources financières et matérielles de l'Agence a procédé à délimiter l'envergure du projet. Un consultant a été embauché afin d'établir le diagnostic et d'émettre les recommandations nécessaires afin d'améliorer les processus internes des établissements et de faire des commentaires généraux pour l'arrimage dans la région. Un premier établissement a été visité en 2011-2012. Les rapports seront disponibles en juin 2012 et les recommandations seront mises en place par la suite.

Commentaires

Buanderies : L'équipe de travail de ce projet, composée des cadres supérieurs des établissements responsables des buanderies et de la directrice des ressources financières et matérielles de l'Agence, a documenté et évalué la performance du modèle de gestion des buanderies actuellement en place. Un consultant a été contacté pour formuler des recommandations quant aux modèles d'organisation et aux pratiques à privilégier afin de déterminer les impacts, les bénéfices et les prérequis à la mise en œuvre des solutions proposées. Le dépôt du rapport est prévu en septembre 2012 et l'implantation des recommandations de septembre 2012 à mars 2013.

Organisation régionale des services de réadaptation fonctionnelle intensive : Le comité régional est constitué de gestionnaires et de DSP des CSSS, du CRDP et de représentants de l'Agence. Les travaux du comité ont permis de tracer le portrait régional d'utilisation des lits de réadaptation fonctionnelle intensive, de 2008 à 2011, et de convenir d'une piste d'optimisation sur le plan clinique et financier.

Bureaux de santé : L'équipe de travail est composée des directeurs des ressources humaines des établissements et de l'Agence. Les équipes des bureaux de santé des établissements sont mises à contribution pour documenter et évaluer le fonctionnement des bureaux de santé. L'équipe du bureau de santé du CSSS des Aurores-Boréales est sollicitée à titre de consultant dans ce dossier. Un état de situation sur le fonctionnement actuel a été présenté aux directeurs généraux le 8 mars 2012. Actuellement, un portrait des besoins pour chacun des établissements ainsi qu'un plan d'action sont prévus de se faire au printemps 2012. La mise en œuvre devrait débiter à partir de l'automne 2012.

Gestion des bâtiments et des équipements



Programmes fonctionnels et techniques (PFT)

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Analyser et recommander les PFT des établissements concernés.

Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
Analyses et recommandations réalisées	Suivi des processus réalisés	Suivi des processus réalisés	Suivi des processus réalisés

Commentaires

PFT du CSSS du Témiscamingue — Pavillon Sainte-Famille : L'annonce ministérielle a eu lieu le 11 novembre 2011. À la suite de cette annonce, les appels d'offres concernant les services professionnels ont été effectués par la Société immobilière du Québec (SIQ). Les professionnels (architectes et ingénieurs) ont été choisis. Une première rencontre entre les professionnels de la SIQ, les architectes, les ingénieurs et la responsable du projet à l'Agence aura lieu en avril 2012.

PFT du CSSS Les Eskers de l'Abitibi : Le PFT a été transmis au MSSS en mai 2011.

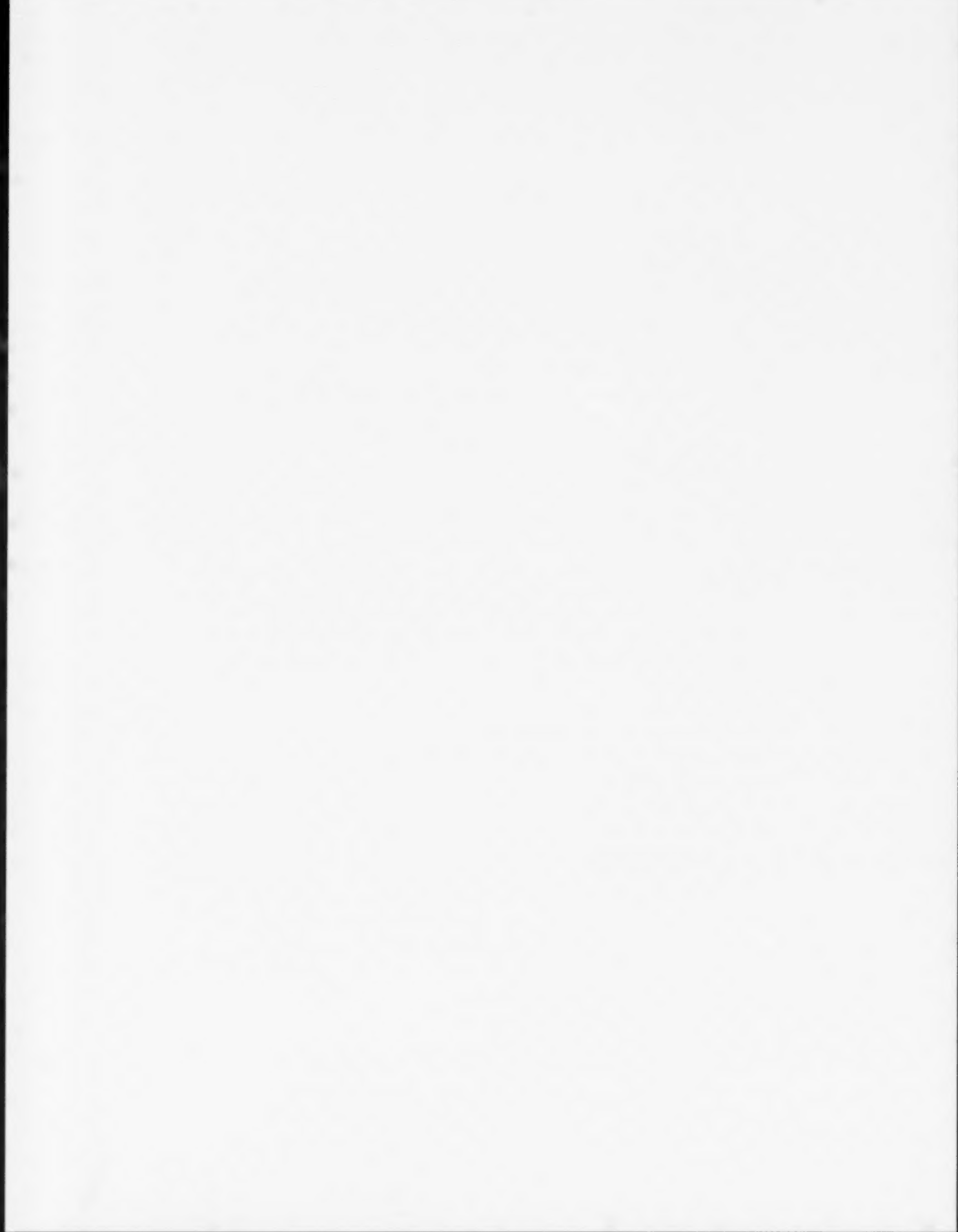
PFT du CSSS des Aurores-Boréales — Pavillon Macamic — volet hébergement : La SIQ a remis son rapport de recommandations le 30 mars 2012. Ce rapport a été élaboré à partir du PFT révisé transmis au MSSS en juillet 2010 et de la visite du bâtiment effectuée par les experts de la SIQ.

Développement d'un service de radiothérapie : Le 21 mars 2012, la région a reçu l'autorisation ministérielle d'amorcer l'élaboration d'un dossier de présentation stratégique pour le développement de ce service au CSSS de Rouyn-Noranda. Le coût du projet étant estimé à plus de 40 millions, il est assujéti à la Politique-cadre sur la gouvernance des grands projets d'infrastructure publique et se fera en étroite collaboration avec Infrastructure Québec.

SECTION

3

**Organismes
communautaires
subventionnés par
l'Agence**



3. Organismes communautaires subventionnés par l'Agence

Respect des règles et des normes édictées par le MSSS

L'Agence a subventionné, en 2011-2012, un total de 153 organismes communautaires. De ce nombre, 126 organismes communautaires œuvrant principalement en santé et services sociaux ont été financés en soutien à leur mission globale pour un total de 11 400 821 \$, soit une augmentation de 251 565 \$ par rapport à 2010-2011.

L'indexation totale versée à l'ensemble des organismes communautaires s'élève à 301 929 \$.

L'Agence a également investi un total de 2 085 007 \$ pour la réalisation d'ententes pour des activités spécifiques, pour la réalisation de projets et pour du soutien ponctuel à des organismes.

En plus du suivi de gestion des organismes communautaires, les activités de l'Agence auprès de ces derniers se résument comme suit :

- évaluation de la réponse des organismes communautaires au regard des activités offertes à la population et du soutien budgétaire accordé;
- soutien à la création de liens significatifs avec les CSSS;
- poursuite des mécanismes de concertation instaurés avec les organismes communautaires dans le cadre du comité de partenariat.

En conformité avec les critères et les règles établis par le MSSS dans le cadre du PSOC, l'Agence a assuré la vérification des informations devant être fournies à titre de reddition de comptes par les organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux.

Enfin, comme à chaque année, l'Agence a apporté un soutien et a accompagné des organismes communautaires en difficulté.

Concertation régionale

Le comité de partenariat s'est réuni à deux reprises durant l'année 2011-2012. Il est composé de personnes représentant les organismes communautaires, les établissements et l'Agence. Un sous-comité a également été formé, afin d'établir les bases de la collaboration via l'élaboration d'une Déclaration d'intention, dont le déploiement est prévu en 2012.

Comme par les années précédentes, le bottin des organismes communautaires a été mis à jour et diffusé largement dans le réseau de la santé et des services sociaux de la région.



SECTION

4

Données financières

4. Données financières

Situation financière de l'Agence

◆ Rapport de la direction

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

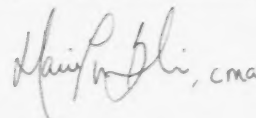
Raymond Chabot Grant Thornton a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Le président-directeur général,

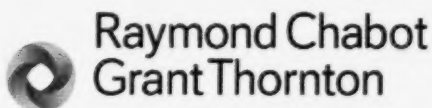


Jacques Boissonneault

La directrice des ressources
financières et matérielles,



◆ Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés



Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers condensés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
158, rue Monseigneur-Tessier Ouest
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2S6

Téléphone: (819) 762-1714
Télécopieur: (819) 762-3306
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2012 et pour l'exercice terminé à cette date, à l'égard duquel nous avons exprimé une opinion avec réserve dans notre rapport daté du 13 juin 2012. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 4, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Notre responsabilité, en conformité avec la note d'orientation pertinente concernant la certification, publiée par l'Institut Canadien des Comptables Agréés, consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À notre avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les critères décrits dans la note d'orientation susmentionnée.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.

Rouyn-Noranda, le 13 juin 2012

¹ Comptable agréé auditeur permis n° A108945

Comptables agréés
Membre de Grant Thornton International

Tableau 18

Fonds
d'exploitation
État des résultats
Exercice terminé le
31 mars 2012

		Activités principales		Activités accessoires	
		2011-2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011
		\$	\$	\$	\$
REVENUS					
Subventions du MSSS					
Budget signifié	01	6 598 317	6 732 247	142 357	24 161
(Diminution) ou augmentation du financement (2-01)	02	90 393	26 415		
Variation des revenus reportés – MSSS	03	114 825	25 791		134 945
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	04		9 260		
Total (L.01 à L.04)	05	6 803 535	6 793 713	142 357	159 106
Revenus de placements	06	19 244	14 403		
Revenus commerciaux	07	xxxx	xxxx		
Revenus d'autres sources :					
Ventes de services et recouvrements	08	105 629	228 867		9 327
Subventions du gouvernement fédéral	09				
Autres revenus (2-02)	10	181 830	139 625	50 000	75 000
Total des revenus (L.05 à L.10)	11	7 110 238	7 176 608	192 357	243 433
CHARGES					
Salaires	12	3 903 225	3 963 196		
Avantages sociaux	13	865 544	952 402		
Charges sociales (C.1 : P291, précision 5, C.3 : P291, précision 7)	14	542 588	539 546		
Frais de déplacement et de représentation et dépenses C.A. (act. princ.)	15	258 350	255 199		(177)
Services achetés (C.1 : P291, précision 6)	16	364 060	381 871	177 234	257 283
Publicité et communication	17	186 884	152 414	97	704
Loyers	18	293 138	279 085	423	100
Location d'équipement	19	51 955	52 498		
Fournitures de bureau	20	56 471	64 408		
Dépenses de transfert	21	216 239	47 614		
Créances douteuses	22				
Autres charges (2-03)	23	121 830	108 304		
Charges extraordinaires	24	xxxx	xxxx		
Total des charges (L.12 à L.24)	25	6 860 284	6 796 537	177 754	257 910
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.11 – L.25)	26	249 954	380 071	14 603	(14 477)

Renseignement à titre informatif seulement : Contributions de l'avoir propre et interfonds

En provenance de l'avoir propre (+) (préciser)	27				
En provenance de fonds affectés (+) (préciser)	28			xxxx	xxxx
En provenance du fonds des activités régionalisées (+) (préciser) N2-04	29	38 041	34 348	xxxx	xxxx
En provenance du fonds de stationnement (+) (préciser)	30				
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	31	(19 122)	(26 498)		
Affectées au fonds de stationnement (c/a 8610) (-)	32	xxxx	xxxx		
Affectées à d'autres fonds (-) (préciser) (Note 2-05)	33	(1 044)			
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.26 à L.33)	34	267 829	387 921	14 603	(14 477)

Note : Données extraites de la page 200 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2011-2012.

Tableau 19

Fonds des activités
régionalisées
État des résultats
Exercice terminé le
31 mars 2012

		2011-2012 \$	2010-2011 \$
REVENUS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	1 825 693	1 977 080
Variation des revenus reportés – MSSS	02	210 924	(282 814)
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	03		400
FINESSS	04		
Contributions des établissements	05		
Revenus de placements	06	23 580	14 268
Revenus d'autres sources :			
Ventes de services et recouvrements	07	14 123	532
Subventions du Gouvernement du Canada	08		
Autres revenus	09	372 138	358 370
Total des revenus (L.01 à L.09)	10	2 446 458	2 067 836
CHARGES			
Salaires	11	546 485	472 773
Avantages sociaux	12	133 222	105 067
Charges sociales – Fonds des services de santé (FSS)	13	22 257	24 665
Charges sociales – autres	14	58 808	43 591
Frais de déplacement et de représentation	15	53 631	75 730
Services achetés	16	1 029 189	877 362
Publicité et communication	17	13 019	16 493
Loyers	18	2 802	4 397
Dépenses de transfert	19	220 259	
Fournitures de bureau	20	61 227	12 987
Créances douteuses	21		
Autres charges	22	8 323	139 605
Total des charges (L.11 à L.22)	23	2 149 222	1 772 670
EXCÉDENT (DÉFICIT)(L.10 – L.23)	24	297 236	295 166

Renseignement à titre informatif seulement : Contributions de l'avoir propre et interfonds

En provenance de l'avoir propre (+) (préciser)	25		
En provenance du fonds d'exploitation (+)	26	723	
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	27	2 740	
En provenance de fonds affectés (+)	28	60 669	54 653
Affectées au fonds d'exploitation (-)	29	(38 041)	(34 349)
Affectées au fonds des activités régionalisées (-)	30	(2 740)	
Affectées à des fonds affectés (-)	31		
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	32	(45 091)	(24 068)
Autres transferts interfonds	33		46 979
Excédent (déficit) après contributions de l'avoir propre et Interfonds (L.24 à L.33)	34	275 496	338 381

Note : Données extraites de la page 201 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2011-2012.

Tableau 20

Fonds
d'immobilisations
État des résultats
Exercice terminé le
31 mars 2012

		2011-2012 \$	2010-2011 \$
REVENUS			
Ministère de la Santé et des Services sociaux :			
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	659 046	(65 381)
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	02	1 136 240	1 362 934
Revenus de placements	03		
Gain sur disposition d'immobilisations	04		7 211
Amortissement des revenus reportés :			
Subventions du Gouvernement du Canada	05		
Autres contributions et dons (préciser)	06		
Autres revenus (préciser)	07		
Total des produits (L.01 à L.07)	08	1 795 286	1 304 764
CHARGES			
Frais financiers :			
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	09	1 138 443	1 364 834
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	10		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	11	12 245	
Dépenses d'immobilisations non capitalisables	12	193 394	201 064
Amortissement d'immobilisations	13	383 325	427 910
Perte sur disposition d'immobilisations	14	112 207	
Autres charges (préciser)	15		
Total des charges d'exploitation (L.09 à L.15)	16	1 839 614	1 993 808
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.08 – L.16)	17	(44 328)	(689 044)

Renseignement à titre informatif seulement : Contributions

Contributions en provenance du :			
Fonds d'exploitation-activités principales (+)	18	19 122	26 498
Fonds d'exploitation-activités accessoires complémentaires (+)	19		
Fonds d'exploitation-activités accessoires commerciales (+)	20		
Fonds des activités régionalisées (+)	21	45 091	24 068
De fonds affectés (+)	22	38 215	716 388
Fonds de stationnement (+)	23		
Contributions affectées à d'autres fonds (-) (préciser) (Note 2-06)	24	(58 100)	(77 910)
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.17 à L.24)	25		

Note : Données extraites de la page 202 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2011-2012.

Tableau 21

Fonds
d'exploitation
État des soldes de
fonds
Exercice terminé le
31 mars 2012

		Activités principales \$ 1	Avoir propre \$ 2	Total (C.1 + C.2) \$ 3
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	414 419	554 949	969 368
Additions (déductions)				
ACTIVITÉS PRINCIPALES :				
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre) :	02	249 954		249 954
Transferts interfonds (provenance) :				
Contributions de fonds affectés (+)	03	XXXX		
Contributions du fonds des activités régionalisées (+)	04	XXXX	38 041	38 041
Contributions du fonds de stationnement (+)	05	XXXX		
Transferts interfonds (affectations) :				
Contributions du fonds d'immobilisations (-)	06	XXXX	(19 122)	(19 122)
Contributions à d'autres fonds (-)	07	XXXX	(1 044)	(1 044)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES :				
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre) :	08	XXXX	14 603	14 603
Transferts interfonds (provenance) :				
Contributions du fonds de stationnement (+)	09	XXXX		
Transferts interfonds (affectations) :				
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	10	XXXX		
Contributions du fonds de stationnement (c/a 8610)(-)	11	XXXX		
Contributions à d'autres fonds (-)	12	XXXX		
AUTRES ÉLÉMENTS :				
Libération de surplus	13	(414 419)	414 419	
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds	14	XXXX		
Autres (détail page 268)	15			
Variation de l'exercice (L.02 à L.15)	17	(164 465)	446 897	282 432
Redressements demandés par le MSSS (préciser)	17			
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.16 + L.17)	18	249 954	1 001 846	1 251 800

Note : Données extraites de la page 250 du A5-475 de l'Agence pour l'année financière 2011-2012.

Tableau 22

Fonds
d'immobilisations
Fonds des activités
régionalisées
État des soldes de
fonds
Exercice terminé le
31 mars 2012

		Fonds d'immobilisations \$ 1	Fonds des activités régionalisées \$ 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01		1 511 902
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	(44 328)	297 236
Transferts interfonds (provenance) :			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03	19 122	723
Contributions des activités régionalisées (+)	04	45 091	2 740
Contributions de fonds affectés (+)	05	38 215	60 669
Transferts interfonds (affectations) :			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		(38 041)
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07		(2 740)
Contributions à des fonds affectés (-)	08	(58 100)	
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09	xxxx	(45 091)
Autres transferts interfonds (C.1 : préciser)	10		
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds (C.1 : préciser)	11		
Autres additions (déductions) (C.1 : préciser)	12		
Variation de l'exercice (L.02 à L.12)	13		275 496
Redressement demandé par le MSSS (C.1 : préciser)	14		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.13 + L.14)	15		1 787 398

Note : Données extraites de la page 251 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2011-2012.

Tableau 23

Fonds
d'exploitation
Fonds des activités
régionalisées
Bilan au
31 mars 2012

ACTIF		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		2011-2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011
		1	2	3	4
À court terme					
Encaisse	01	1 614 041	1 416 328	2 105 760	1 885 441
Placements temporaires	02				
Débiteurs :					
MSSS (C.1 : P.290, précision 3)	03	227 138	208 712	135 266	315 643
FINESSES	04	XXXX	XXXX		
Établissements publics (préciser)	05			114 321	5 121
Gouvernement du Canada	06				
Fonds d'exploitation	07	XXXX	XXXX		
Fonds des act. régionalisées (C.1 : préciser)	08			XXXX	XXXX
Fonds affectés (C.1 : préciser)	09				
Autres débiteurs (C.1 : préciser) (Note 2-08)	10	474 076	179 208	95 608	326 728
Charges payées d'avance	11	18 593	35 498	38 891	57 746
Actifs incorporels et actifs non amortissables,					
Excluant terrains (préciser)	12			XXXX	XXXX
Autres éléments (C.1 : préciser)	13			168 174	
Total – Actif à court terme (L.01 à L.13)	14	2 333 848	1 839 746	2 658 020	2 590 679
À long terme					
Subvention à recevoir – provision pour vacances et congés de maladie	15	637 633	637 633	40 101	40 101
Autres éléments d'actif (C.1 : préciser)	16				
TOTAL DE L'ACTIF (L.14 à L.16)	17	2 971 481	2 477 379	2 698 121	2 630 780
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	18			11 963	
Emprunts temporaires	19				
Intérêts courus à payer	20				
Autres créditeurs et autres charges à payer :					
MSSS (C.1 : P.290, précision 4)	21				
Établissements publics (préciser)	22	17 378		6 612	101 506
Fonds d'exploitation	23	XXXX	XXXX		
Fonds des activités régionalisées (C.1 : préciser)	24			XXXX	XXXX
Fonds affectés (C.1 : préciser)	25				
Salaires courus à payer	26	500 723	521 664	7 983	6 736
Fonds des services de santé (FSS) à payer	27	25 782	24 967		
Autres créditeurs (C.1 : préciser) (Note 2-09)	28	470 447	123 904	247 230	105 584
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	29				
Autres revenus reportés					
(C.1 : préciser à la page 289)	30	104 633	236 450	564 538	844 197
Provision pour vacances et congés de maladie	31	600 718	601 026	72 397	60 720
Autres éléments (C.1 : préciser)	32				135
Total – Passif à court terme (L.18 à L.32)	33	1 719 681	1 508 011	910 723	1 118 878
Dettes à long terme (C.1 : préciser)	34				
TOTAL DU PASSIF (L.33 + L.34)	35	1 719 681	1 508 011	910 723	1 118 878
SOLDE DE FONDS	36	1 251 800	969 368	1 787 398	1 511 902
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.35 + L.36)	37	2 971 481	2 477 379	2 698 121	2 630 780

Note : Données extraites de la page 260 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2011-2012.

Tableau 24

Fonds
d'immobilisations
Bilan au
31 mars 2012

		2011-2012 \$ 1	2010-2011 \$ 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01		
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux établissements publics	03	11 823 172	9 501 658
Débiteur :			
MSSS	04	60 304	248 898
Gouvernement du Canada	05		
Autres éléments (préciser)	06		10 323
À long terme			
Immobilisations	07	1 515 568	1 896 380
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	08	21 292 397	23 699 598
Frais reportés liés aux dettes	09	69 876	57 463
Autres éléments d'actif (préciser)	10	61 317	
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.10)	11	34 761 317	35 414 320
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	12	46 496	32 958
Emprunts temporaires	13	12 041 807	9 703 282
Intérêts courus à payer	14	194 738	248 898
Salaires courus à payer	15		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	16		
Provision pour vacances et congés de maladie	17		
Avances de fonds en provenance d'une agence	18		
Autres éléments (préciser)	19		
À long terme			
Revenus reportés – Gouvernement du Canada	20		
Autres revenus reportés	21		
Passifs environnementaux	22		
Dettes à long terme	23	22 478 276	25 429 182
TOTAL DU PASSIF (L.12 à L.23)	24	34 761 317	35 414 320
SOLDE DE FONDS	25		
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.24 + L.25)	26	34 761 317	35 414 320

Note : Données extraites de la page 261 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2011-2012.

Tableau 25

Fonds affectés
cumulésBilan au
31 mars 2012

ACTIF		2011-2012 \$ 1	2010-2011 \$ 2	
À court terme				
Encaisse	01	2 029 131	2 843 692	
Placements temporaires	02			
Débiteurs :				
MSSS	03	510 425	667 157	
FINESSS	04	(49 873)		
Établissements publics	05			
Gouvernement du Canada	06			
Fonds d'exploitation	07			
Fonds des activités régionalisées	08			
	09	XXXX	XXXX	
Autres débiteurs	10	53 821	90 445	
Charges payées d'avance	11	155 581	111 631	
Autres éléments	12			
Total - Actif à court terme (L.01 à L.12)		13	2 699 085	3 712 925
À long terme				
Subvention à recevoir – provision pour vacances et congés de maladie	14	21 755	21 755	
Placements à long terme	15			
TOTAL DE L'ACTIF (L.13 à L.15)		16	2 720 840	3 734 680
PASSIF				
À court terme				
Découvert de banque	17			
Emprunts temporaires	18			
Intérêts courus à payer	19			
Autres créditeurs et autres charges à payer :				
Établissements publics	20		141 512	
Organismes	21			
Fonds d'exploitation	22			
Fonds des activités régionalisées	23			
	24	XXXX	XXXX	
Salaires courus à payer	25	5 592	2 530	
Fonds des services de santé (FSS) à payer	26			
Autres créditeurs	27	659 570	1 053 677	
Revenus reportés MSSS	28	10 000	54 077	
Revenus reportés – Gouvernement du Canada	29			
Autres revenus reportés	30	5 550		
Provision pour vacances et congés maladies	31	33 207	24 683	
Autres éléments	32			
TOTAL DU PASSIF (L.17 à L.32)		33	713 919	1 276 479
SOLDE DE FONDS		34	2 006 921	2 458 201
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.33 + L.34)		35	2 720 840	3 734 680

Note : Données extraites des pages 262 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2011-2012.

Tableau 26

Fonds affectés
cumulés
État des résultats au
31 mars 2012

		2011-2012 \$ 1	2010-2011 \$ 2
REVENUS			
MSSS	01	14 266 877	16 802 671
Crédits régionaux	02	283 876	253 844
Variation des revenus reportés – MSSS	03	44 077	160 947
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	04		146
FINESSS	05	1 924 084	27 407
Revenus de placements	06	35 924	
Revenus d'autres sources :			
Subvention du Gouvernement du Canada	07		
Autres revenus	08	2 320 762	2 338 989
Total des revenus (L.01 à L.08)	09	18 875 600	19 584 004
CHARGES			
Dépenses de transfert	10	17 413 585	957 597
	11	xxxx	xxxx
Frais financiers	12		
Charges d'exploitation :			
Salaires	13	195 942	105 618
Avantages sociaux	14	24 967	23 488
Charges sociales – Fonds des services de santé (FSS)	15	6 383	6 014
Charges sociales – Autres	16	11 604	11 092
Frais de déplacement et de représentation	17	174 573	154 612
Services achetés	18	107 960	113 333
Location d'équipement	19	471	25
Fournitures de bureau	20	25 718	16 963
Autres charges	21	1 325 214	17 540 527
Total des charges (L.10 à L.21)	22	19 286 417	18 929 269
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.09 – L.22)	23	(410 817)	654 735

Note : Données extraites des pages 263 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2011-2012.

Tableau 27

Fonds affectés
cumulés
État des soldes de
fonds au
31 mars 2012

		2011-2012 \$ 1	2010-2011 \$ 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	2 458 201	2 543 576
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	(410 817)	654 735
Transferts interfonds (provenance) :			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03		
Contributions des activités régionalisées (+)	04		
Contributions de fonds affectés (+)	05		
Transferts interfonds (affectations) :			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07	(60 669)	(54 653)
Contributions à d'autres fonds affectés (-)	08		
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09	(38 215)	(716 388)
Transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10	58 421	30 931
Autres additions (déductions)	11		
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(451 280)	(85 375)
Redressements demandés par le MSSS	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	2 006 921	2 458 201

Note : Données extraites des pages 263 -1 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2011-2012.

Tableau 28

État d'allocation de
l'enveloppe
régionale des crédits
2011-2012

		2011-2012 \$
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2011-2012 inscrit dans le système SBF-R	01	376 804 644
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	343 208 128
Allocations aux organismes communautaires	03	13 291 135
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	247 610
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L.02 à L.04)	05	356 746 873
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	18 090 857
Autres (préciser) (note 2-10)	07	10 500
TOTAL (L.05 à L.07)	08	374 848 230
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 – L.08)	09	1 956 414
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics		
Comptes à payer signifiés (préciser) (Note 2-11)	10	1 754 890
Comptes à payer non signifiés	11	
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics		
Comptes à payer signifiés (préciser) (Note 2-12)	12	124 524
Comptes à payer non signifiés	13	
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R (L.10 à L.13)	14	1 879 414
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	77 000
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 – L.14 – L.15)	16	

Note : Données extraites des pages 265 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2011-2012.

Tableau 29

Fonds affectés
Sommaire des bilans
au 31 mars 2012

		Groupe de médecine de famille \$	Services préhospitaliers d'urgence \$	Autres fonds affectés \$
ACTIF				
À court terme				
Encaisse	01	933 042	408 784	687 305
Débiteurs :				
MSSS	02		489 662	20 763
FINESST	03	(49 873)		
Établissements	04			
Gouvernement du Canada	05			
Fonds d'exploitation	06			
Autres	07	3 499	8 009	43 313
Charges payées d'avance	08	155 581		
Autres éléments	09			
TOTAL – Actif à court terme (L.01 à L.09)	10	1 042 249	906 455	750 381
À long terme				
Subventions à recevoir – prov. vacances et congés de maladie	11	1 020	20 735	
TOTAL DE L'ACTIF (L.10 + L.11)	12	1 043 269	927 190	750 381
PASSIF				
À court terme				
Découvert de banque	13			
Emprunts temporaires	14			
Intérêts courus à payer	15			
Créditeurs et autres charges à payer :				
Établissements publics	16			
Organismes	17			
Fonds d'exploitation	18			
Fonds des activités régionalisées	19			
Autres fonds affectés	20			
Salaires courus à payer	21	2 102	3 490	
Autres créditeurs	22	27 825	528 635	103 110
Revenus reportés MSSS	23		10 000	
Autres revenus reportés	24		5 550	
Provision pour vacances et congés de maladie	25	6 020	27 187	
Autres éléments	26			
TOTAL DU PASSIF (L.13 à L.26)	27	35 947	574 862	103 110
SOLDE DE FONDS	28	1 007 322	352 328	647 271
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS L.27 + L.28)	29	1 043 269	927 190	750 381

Note : Données extraites des pages 511 à 532-1 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2011-2012.

Tableau 30

Fonds affectés
Sommaire des
résultats au
31 mars 2012

		Groupe de médecine de famille \$	Services préhospitaliers d'urgence \$	Autres fonds affectés \$
REVENUS				
MSSS	01		12 817 983	1 448 894
Crédits régionaux	02		10 000	273 876
Variation des revenus reportés – MSSS	03		(10 000)	54 077
Ajustement de la subvention à recevoir – réforme comptable – variation de la provision pour vacances et congés de maladie	04			
FINESSS	05	1 924 084		
Revenus de placements	06	17 633	9 945	8 346
Revenus d'autres sources :				
Subvention du Gouvernement du Canada	07			
Autres revenus	08	2 041	2 217 037	101 684
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.08)	09	1 943 758	15 044 965	1 886 877
CHARGES				
Dépenses de transfert	10	2 365 641	14 834 433	213 511
Frais financiers	11			
Charges d'exploitation :				
Salaires	12	85 199	109 052	1 691
Avantages sociaux	13		24 800	167
Charges sociales	14		17 749	238
Frais de déplacement et de représentation	15		893	173 680
Services achetés	16			107 960
Location d'équipement	17			471
Fournitures de bureau	18		11 626	14 092
Autres charges	19			1 325 214
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.19)	20	2 450 840	14 998 553	1 837 024
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.09 – L.20)	21	(507 082)	46 412	49 853

Note : Données extraites des pages 511 à 532-1 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2011-2012.

Tableau 31

Fonds affectés
Sommaire des soldes
de fonds au
31 mars 2012

		Groupe de médecine de famille \$	Services préhospitaliers d'urgence \$	Autres fonds affectés \$
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 575 027	285 756	597 418
Additions (déductions)				
Excédent (déficit) de l'exercice	02	(507 082)	46 412	49 853
Transferts interfonds (provenance) :				
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03			
Contributions des activités régionalisées (+)	04			
Contribution de fonds affectés (+)	05			
Transferts interfonds (affectations) :				
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06			
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07	(60 669)		
Contributions à d'autres fonds affectés (-)	08			
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09		(38 215)	
Transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10	46	58 375	
Autres additions (déductions)	11			
Variations de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(567 705)	66 572	49 853
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12)	13	1 007 322	352 328	647 271

Note : Données extraites des pages 511 à 532-1 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2011-2012.

Notes aux états financiers – exercice terminé le 31 mars 2012

Note 1 – Résultats

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES indiqué à la page 200, ligne 26, est traité de la façon suivante :

- Le résultat se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 249 954 \$; il est imputé au solde des activités principales et est assujéti à la politique de libération du surplus.
- Le résultat des opérations des ACTIVITÉS ACCESSOIRES indiqué à la page 200, ligne 26, se solde par un excédent des charges sur les revenus de 14 603 \$ et est imputé à l'AVOIR PROPRE.

Note 2 – Statut et nature des opérations

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Agence) a été constituée le 1^{er} janvier 2006 en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Elle a pour mandat d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le siège social de l'Agence est situé au 1, 9^e Rue, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu.

Note 3 – Modification de conventions comptables

Modèle de présentation

Le rapport financier annuel est préparé conformément aux Normes canadiennes pour le secteur public, à l'exception des normes suivantes :

- Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ni au bilan regroupé, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.
- Les immeubles loués auprès de la Corporation d'hébergement du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Variation des actifs financiers

L'Agence présente, par voie de notes, les informations financières requises relativement à la variation des actifs financiers nets (dette nette) à son rapport financier annuel.

Note 3 – Modification de conventions comptables (suite)

La présentation de ces nouvelles informations n'implique aucune modification dans la comptabilisation des opérations et événements, uniquement dans la présentation au rapport financier annuel, notamment les immobilisations et les frais payés d'avance qui sont désormais regroupés sous l'appellation actifs non financiers selon la présentation indiquée à la note 10.

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement – réforme comptable

La subvention à recevoir – réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode utilisée a été révisée relativement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations à la suite de l'expérience acquise au cours des dernières années.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2012
Subventions à recevoir – Immobilisation – Écart de	
financement – Réforme comptable	(2 601 939) \$
Surplus (déficits) de l'exercice	(44 328)

Avantages sociaux futurs

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les hors-cadres du réseau de la santé et des services sociaux pour l'ancienne indemnité de départ n'étaient pas inscrits au rapport financier annuel.

À compter de l'exercice 2011-2012, les passifs reliés aux obligations relatives à l'allocation d'attraction et de rétention à verser à certains hors-cadres qui la remplace sont comptabilisés.

Cette modification comptable a été appliquée prospectivement étant donné que l'impact sur les exercices antérieurs est considéré comme étant négligeable. Elle a pour effet d'augmenter les débiteurs du MSSS de 141 370 \$.

Note 4 – Description des principales conventions comptables

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, sans les chapitres SP4200 à SP4270, émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés.

Périmètre comptable

L'Agence rend compte dans son rapport financier annuel de toutes les activités et ressources financières qu'elle contrôle.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Note 4 – Description des principales conventions comptables (suite)

Exercice financier

Conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'exercice financier de l'Agence s'étend du 1^{er} avril au 31 mars. Cependant, l'exercice financier du Fonds de santé au travail qui regroupe les activités que doit assurer l'Agence aux fins de l'application des programmes de santé au travail, visés par le chapitre VIII de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, ne couvre pas la même période. L'exercice financier s'étend du 2 janvier au 31 décembre 2011.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Présentation par fonds

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'Agence et présentent donc une importance particulière :

- Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes, aux subventions et à tout autre mode de financement s'y rattachant. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées et pour les activités des fonds affectés de l'Agence sont inscrites directement au fonds d'immobilisation de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations;
- Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.
- Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées;
- Le Fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts entre les fonds de l'Agence sont comptabilisés directement au solde des fonds concernés. Dans le cas du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisation, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

Transferts interfonds

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, tous les transferts entre fonds sont comptabilisés directement à l'état du solde de fonds et non pas comme une charge au fonds d'origine et un revenu au fonds receveur.

Note 4 – Description des principales conventions comptables (suite)

Classification des activités

La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes.

Activités principales : Les activités principales regroupent les opérations qui découlent de la fonction que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Activités accessoires : Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs.

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent du ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après le « MSSS »), d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes parapublics, etc. Parmi les activités les plus courantes, on retrouve l'enseignement médical, la recherche et la santé au travail.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature, des dépenses engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des dépenses relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires en égard aux services rendus par l'Agence.

Immobilisation

Les immobilisations sont comptabilisées au coût et amorties selon une méthode logique et systématique, sur une période correspondant à leur durée de vie utile. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne font pas l'objet d'amortissement avant leur mise en service.

Catégorie**Durée**

Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
Équipement de communication multimédia	5 ans
Mobilier et équipement de bureau	5 ans
Équipements médicaux (Agence)	12 ans
Machinerie, mobilier et équipement	10 ans
Développement informatique	5 ans

Note 4 – Description des principales conventions comptables (suite)

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires, de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par le MSSS. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre. L'avoir propre d'une agence ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite (article 269.1 de la loi). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du MSSS. Par ailleurs, l'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre le solde de cet avoir déficitaire.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique

Pour les sommes en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement, MSSS, etc. :

- Les sommes, dont le budget de fonctionnement, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans la mesure où ils sont autorisés, où les critères d'admissibilité sont rencontrés (s'il en est) et où une estimation raisonnable des montants en cause est possible;
- Ces sommes reçues ou à recevoir concernant des revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites et que les dépenses seront assumées dans le futur;
- Lorsque les fins spécifiées sont remplies, la comptabilisation du revenu reporté n'est généralement plus permise. Toutefois, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, la comptabilisation d'un revenu reporté pourrait être possible si les faits donnant lieu au transfert ne sont pas survenus. C'est le cas lorsque la nouvelle entente prévoit les fins pour lesquelles les sommes restantes doivent être utilisées.

Pour les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement :

- Ces sommes sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente;

Note 4 – Description des principales conventions comptables (suite)

Revenus (suite)

- Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Pour les fonds des activités régionalisées, sont reportés leurs revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées ne peuvent découler que des situations suivantes :

- Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du MSSS comme étant accordée en tout ou en partie à un exercice financier futur;
- Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;
- Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;
- Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont désormais présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Subventions du MSSS – Écart de financement - Immobilisation

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

Note 4 – Description des principales conventions comptables (suite)

Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à équilibrer les montants des revenus correspondants.

Note 5 – Emprunts bancaires

L'Agence est autorisée à emprunter sous forme d'emprunts temporaires afin de pourvoir aux paiements des dépenses effectuées par les établissements publics dans le cadre des enveloppes décentralisées. L'Agence dispose d'autorisations d'emprunts pour des montants totalisant 48 477 010 \$ dont un montant de 11 968 057 \$ était utilisé au 31 mars 2012.

Pour réaliser ces emprunts temporaires, l'Agence dispose d'une marge de crédit d'appoint autorisée de 100 000 \$ portant intérêt au taux préférentiel du prêteur moins 1,1 % (1,9 % au 31 mars 2012) afin de financer la portion de l'encours des emprunts inférieure à 100 000 \$.

De plus, l'Agence dispose d'autorisations d'emprunts à court terme par voie d'acceptations bancaires. Ces emprunts portent intérêt au taux des acceptations bancaires majoré de 0,3 % (1,5 % au 31 mars 2012) afin de financer la portion de l'encours des emprunts excédant 100 000 \$.

L'Agence dispose également d'emprunts temporaires sous forme de billets à escompte afin de financer temporairement des projets issus des enveloppes décentralisées, des dettes à long terme venant à échéance et en attente de refinancement, des projets d'immobilisations et des besoins de liquidités liées au fonds d'exploitation.

Ces billets à escompte d'un montant autorisé de 73 750 \$ qui évolue en fonction des autorisations ministérielles, portent intérêts au taux des acceptations bancaires à un mois majoré de 0,05 % (1,25 % au 31 mars 2012). Au 31 mars 2012, le montant autorisé de 73 750 \$ est utilisé au complet afin de financer des projets issus des enveloppes décentralisées.

Note 6 – Dette à long terme

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital plus les intérêts au taux variant de 2,428 % et 9,61 %, payables semestriellement et échéant à différentes dates jusqu'au 31 mars 2023	<u>22 478 276 \$</u>	<u>25 344 008 \$</u>

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2013	2 908 142 \$
2014	2 955 011
2015	2 879 104
2016	2 297 062
2017	<u>2 141 400</u>
	<u>13 180 719 \$</u>

Note 7 - Engagements

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéant à diverses dates jusqu'en avril 2017 pour des locaux administratifs et des biens loués.

Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2013	358 750 \$
2014	316 230
2015	16 053
2016	9 767
2017	<u>870</u>
	<u>701 670 \$</u>

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2013	915 000 \$
2014	740 000
2015	680 000
2016	660 000
2017	<u>630 000</u>
	<u>3 625 000 \$</u>

Note 8 – Engagements budgétaires

Engagements au niveau des activités régionalisées

La direction s'est engagée à verser certaines sommes d'argent à des établissements, organismes ou projets qui n'étaient pas versées ni comptabilisées au 31 mars 2012. Voici le détail par fonds de ces montants :

Activités régionalisées - budget 7910-01 - Technocentre régional**Projets SIGDU :**

- CSSS du Témiscamingue	10 380 \$
-------------------------	-----------

Projets TD Synergie :

- CSSS du Témiscamingue	779
- CSSS de Rouyn-Noranda	14 056
- CSSS Les Eskers de l'Abitibi	12 069
- CSSS de la Vallée-de-l'Or	19 466

Projets SARDM :

- CSSS de Rouyn-Noranda	1 010
- CSSS des Aurores-Boréales	30 000
- CSSS Les Eskers de l'Abitibi	7 509

Projet Médiclinic/Médivisit/Médirad :

- CSSS Les Eskers de l'Abitibi	29 305
- CSSS de Rouyn-Noranda	26 994
- CSSS de la Vallée-de-l'Or	43 892
- CSSS du Témiscamingue	39 287
- CSSS des Aurores-Boréales	<u>30 648</u>
	<u>265 395 \$</u>

Note 9 – Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ses apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Note 10 – Variation des actifs financiers nets (dette nette)

La variation des actifs financiers nets (dette nette) représente la différence entre les actifs financiers et les passifs financiers.

Les actifs financiers correspondent à tous les actifs à court et à long terme autres que les immobilisations et les frais payés d'avance; ils représentent au 31 mars 2012 une somme de 41 185 076 \$ (42 098 441 \$ au 31 mars 2011);

Note 10 – Variation des actifs financiers nets (dette nette) (suite)

Les actifs non financiers sont constitués des immobilisations et des frais payés d'avance; ils s'élèvent à 1 966 683 \$ au 31 mars 2012 (2 158 718 \$ au 31 mars 2011);

Les passifs financiers correspondent à la somme des passifs à court et à long terme; ils totalisent au 31 mars 2012 une somme de 38 105 640 \$ (39 317 689 \$ au 31 mars 2011).

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
Variation des actifs financiers	(913 365) \$	(4 140 116) \$
Variation des actifs non financiers	(192 035)	486 358
Variation des passifs financiers	(1 212 049)	(4 280 208)
Variation des actifs financiers nets (dette nette)	298 684	140 092

Situation financière des établissements

Budget net de fonctionnement

L'exercice financier 2011-2012 s'est soldé par un surplus régional de 936 743 \$.

Au 1^{er} avril 2011, des modifications ont été apportées au Manuel de gestion financière des établissements afin, notamment, de refléter les impacts de l'abandon progressif du modèle de présentation des états financiers basé sur la comptabilité par fonds. Par conséquent, les données financières relatives aux fonds de dotation, à destination spéciale, de stationnement ou affectés sont intégrées selon leurs fins à celles du fonds d'exploitation.

En 2011-2012, deux CSSS présentent un déficit. En ce qui concerne un de ces établissements, le déficit est comblé par l'avoir propre. Pour l'autre CSSS déficitaire, des mesures sont mises en place pour le retour à l'équilibre budgétaire.

Tableau 32

Budget net de
fonctionnement
Excédent ou (déficit)
au 31 mars 2012

ÉTABLISSEMENTS	Budget net de fonctionnement		Excédent (déficit) du Fonds d'exploitation*	
	2011-2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011
	\$	\$	\$	\$
CSSS				
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	55 250 832	52 757 314	(1 124 661)	24 566
CSSS des Aurores-Boréales	43 920 454	41 809 838	236 686	254 674
CSSS de Rouyn-Noranda	71 074 900	68 611 970	364 410	(1 071 202)
CSSS de la Vallée-de-l'Or	78 072 222	74 279 640	(1 741 356)	(2 562 458)
CSSS du Témiscamingue	33 388 487	32 199 018	149 664	29 257
SOUS-TOTAL	281 706 895	269 657 780	(2 115 257)	(3 325 163)
CRPDI – CRPDP – CRPAT				
CRDIAT Clair Foyer	20 294 497	19 885 069	299 500	43 318
CR La Maison	10 864 268	10 619 337	133 963	111 247
Centre Normand	2 700 858	2 600 314	3 799	29 259
SOUS-TOTAL	33 859 623	33 104 720	437 262	183 824
CPEJ - CRJDA				
Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue	23 586 239	23 180 836	2 614 738	175 154
SOUS-TOTAL	23 586 239	23 180 836	2 614 738	175 154
TOTAL RÉGIONAL	339 152 757	325 943 336	936 743	(2 966 185)

* Avant l'analyse financière.

Autorisation d'emprunt temporaire accordée

En décembre 2007, des modifications ont été apportées à la Loi sur l'administration financière afin de prévoir, pour les organismes assujettis à l'application du chapitre VIII de cette Loi, des modalités d'exercice de leurs pouvoirs d'emprunter, d'effectuer des placements, de prendre certains engagements financiers et de conclure des produits dérivés.

Le réseau public de la santé et des services sociaux est visé par ces nouvelles dispositions. Les modifications sont en vigueur depuis le 15 décembre 2008 alors que celles concernant les engagements financiers le sont depuis le 6 novembre 2008. Le pouvoir d'emprunt des établissements publics est encadré par l'article 296 de la LSSSS, l'article 13 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux et l'article 77.1 sur l'administration financière.

Les ajouts à la Loi font en sorte que l'exercice des pouvoirs visés nécessitera dorénavant l'autorisation du ministre de la Santé et des Services sociaux de même que celle du ministre des Finances. Il est toutefois prévu, par règlement, certains cas où l'autorisation du ministre des Finances n'est pas requise ou la possibilité pour le ministre de la Santé et des Services sociaux de déléguer, à toute personne qu'il désigne, le pouvoir de donner les autorisations requises.

Les autorisations d'emprunts temporaires au titre des dépenses courantes de fonctionnement sont sous la responsabilité entière du Ministre. Toute demande d'emprunt est acheminée à l'Agence qui l'analyse et fait les recommandations au MSSS. Sur recommandation favorable de l'Agence, le MSSS autorise l'emprunt temporaire. Aucune limite ou plafond régional n'est considéré pour les dépenses courantes de fonctionnement.

En ce qui concerne les autorisations d'emprunts temporaires au titre des dépenses en immobilisation à la charge du fonds d'exploitation, avec des limites clairement définies, l'instance régionale doit obtenir une autorisation ministérielle *ad hoc* avant d'autoriser un établissement à emprunter.

Tableau 33
Autorisation
d'emprunt
temporaire accordée
au 31 mars 2012

Nature des dépenses	\$	%
Dépenses courantes de fonctionnement	3 500 000	0,9
Dépenses en immobilisation	1 577 177	0,4
Total régional	5 077 177	1,3

Subventions aux organismes communautaires

Tableau 34

Liste des organismes
communautaires
subventionnés par
catégorie et par
secteur d'activités au
31 mars 2012

ORGANISMES	Subvention accordée PSOC		Ententes de service, projets et soutien ponctuels	
	2011-2012 \$	2010-2011 \$	2011-2012 \$	2010-2011 \$
ACCÈS LOGIS				
Résidences Témiscaming			11 650	11 377
Table concertation personnes âgées Témis.			19 064	18 617
Sous-total	0	0	30 714	29 994
ALCOOLISME ET AUTRES TOXICOMANIES				
Accueil Giboulée Harvey-Bibeau	200 538	195 846	51 309	50 000
Maison du Compagnon La Sarre	146 944	143 500	22 811	2 000
Maison du Soleil levant de Rouyn-Noranda	212 692	207 706	2 259	17 000
Manoir du chemin pour la sobriété	27 933	27 278		6 900
Piaule de Val-d'Or inc.	149 901	146 388	2 000	11 000
Unité Domrémy de La Sarre	5 983	5 843		
Unité Domrémy de Val-d'Or	63 326	61 842	34 780	36 706
Sous-total	807 317	788 403	113 159	123 606
AUTRES RESSOURCES JEUNESSE				
Arrimage jeunesse			95 973	101 133
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs Abitibi-Ouest	20 914	20 424	2 500	
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs Rouyn-Noranda	16 454	16 068		
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs Val-d'Or	12 935	16 711	1 500	
Centre ressources jeunesse A-T			10 047	82 285
Conseil territorial de la jeunesse Abitibi-Est			10 000	10 000
Espace Abitibi-Est	129 521	126 485		2 300
Groupe IO			52 334	51 107
Interlocal jeunes Rouyn-Noranda			29 121	45 650
Mobilisation espoir jeunesse			29 040	29 040
Notre-Dame-du-Nord en santé				92 751
Projet jeunesse St-Michel	31 499	30 761		
Sous-total	211 323	210 449	230 515	414 266
AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS)				
Assaut sexuel secours inc.	246 795	241 011	40 120	2 747
CALACS-Abitibi (Centre aide/lutte agressions sexuelles)	128 789	125 771	9 606	3 500
CAPACS Abitibi-Ouest (Centre aide/prévention agressions sexuelles)	128 252	125 246	7 606	1 000
Point d'appui	247 464	241 664	9 303	10 000
Sous-total	751 300	733 692	66 635	17 247
CENTRES D'ACTIONS BÉNÉVOLES				
Centre de bénévolat Rouyn-Noranda	120 401	117 579		
Centre de bénévolat Val-d'Or	91 680	89 531	45 246	22 990
Centre de bénévolat Lac-Témiscamingue	44 699	43 651		
Centre d'action bénévole l'amicale	53 956	52 692		
Sous-total	310 736	303 453	45 246	22 990
CENTRES DE FEMMES				
Centre de femmes l'Érige	179 460	175 254		
Collectif féministe	179 636	175 426		3 000
Comité de la condition féminine	179 581	175 372		
Sous-total	538 677	526 052		3 000

Tableau 34

Liste des organismes
communautaires
subventionnés par
catégorie et par
secteur d'activités au
31 mars 2012

ORGANISMES	Subvention accordée PSOC		Ententes de service, projets et soutien ponctuels	
	2011-2012 \$	2010-2011 \$	2011-2012 \$	2010-2011 \$
COMMUNAUTÉS CULTURELLES				
Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or			1 600	
Centre d'entraide et d'amitié autochtone Senneterre			200	1 500
Conseil de bande de Kitcisakik			1 760	
Sous-total		0	3 560	1 500
CONCERTATION RÉGIONALE				
CROC-AT	81 705	79 790		
Sous-total	81 705	79 790		
FAMILLE				
CPE Abinodjic-Miguam			1 548	
CPE Cannelle et Pruneau				1 039
CPE chez Caliméro				2 770
CPE Fleur et miel				1 385
CPE Les Petits Chatons				1 730
Maison de la famille Amos			22 363	21 897
Maison de la famille La Sarre			23 868	22 879
Maison de la famille Malartic			7 804	7 680
Maison de la famille Rouyn-Noranda			41 601	40 062
Maison de la famille Senneterre			6 628	6 031
Maison de la famille de Val-d'Or			26 491	25 440
Pour tous les bouts de Chou			10 005	9 634
Sous-total	0	0	140 308	140 547
HOMMES EN DIFFICULTÉ				
Centre Gérard-Brisson (Groupe Image du Témiscamingue)	142 121	138 790	91 906	31 000
SATAS (Service d'aide et de traitement en apprentissage social)	91 634	89 486	16 000	
Sous-total	233 755	228 276	107 906	31 000
MAINTIEN À DOMICILE				
Bénévoles de Belcourt	4 520	4 414		
Bénévoles de Champneuf	5 687	5 554		
Comité des bénévoles des Côteaux (Bénévoles de Lamorandière)	7 150	6 983		
Centre des bénévoles Uni-Joie	6 928	6 766		
Club de l'âge d'or de Ville-Marie	446	686		
Club de l'âge d'or de Vassan	3 876	3 785		
Comité bénévole Papillons dorés	4 851	4 737		
Comité bénévole Santé et Joie	7 081	6 915		
Comité bénévole Tournesol	4 132	4 035		2 000
Comité de bénévoles de Rochebaucourt	5 949	5 810		
Comité de bénévoles Les Glaneurs	3 443	3 362		
Comité de bénévoles Landrienne	3 488	3 406		
Comité Main dans la main, La Corne	2 118	2 068		
Corporation Alliance des générations	6 650	6 494		
Coup de pouce communautaire Malartic	17 432	17 024		
Défi-autonomie Abitibi			6 708	
Domaine de l'Hirondelle		4 877		
Entraide de quartier Le Point d'eau	38 570	37 666		
Groupe d'actions bénévoles Abitibi-Ouest	43 707	42 683		
Groupe de service d'entraide secteur Est du Témiscamingue	2 591	2 530		
Indépendance 65 +	16 482	13 338	2 495	
Popote roulante d'Amos	8 344	8 149		
Popote roulante de Val-d'Or	15 414	15 053		
Regroupement personnes aidantes naturelles R-N	14 549	14 208		

Tableau 34

Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2012

ORGANISMES	Subvention accordée PSOC		Ententes de service, projets et soutien ponctuels	
	2011-2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011
	\$	\$	\$	\$
Support aux aînés Harricana				12 553
Table de concertation pers. âgées du Témiscamingue	51 483	50 025	14 312	
Sous-total	274 891	270 568	23 515	14 553
MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE				
Alternative pour elles	739 984	722 641		
Maison Mikana	630 968	616 180		
Maison d'hébergement l'Équinoxe	565 423	552 171		
Maison d'hébergement Le Nid	652 693	637 395		
Sous-total	2 589 068	2 528 387		
MAISONS DE JEUNES				
Campus Jeunesse de Cadillac	39 717	38 786		
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			128 021	111 864
Jeunesse Action Val-d'Or inc.	89 487	87 390		2 500
Liaison 12-18 inc.	77 782	75 959		
Maison des jeunes Le Kao de Barraute	50 931	49 737		4 700
Maison des jeunes du Témiscamingue	82 017	80 095	18 725	11 147
Maison des jeunes F.R.A.D. inc.	61 364	59 926		
Maison des jeunes de La Sarre	79 133	77 278	29 817	29 817
Refuge jeunesse Malartic inc.	79 798	77 928		1 500
Soupape Maison des jeunes inc.	85 470	83 467		
Sous-total	645 699	630 566	176 563	161 528
MESURES DE RECHANGE				
Liaison justice	535 980	523 418		
Sous-total	535 980	523 418	0	0
MULTICLIENTÈLES				
Corporation de développement communautaire Universeau	19 411	18 956	5 756	5 800
Mouvement relève d'Amos			84 215	51 539
ORDET	84 915	82 925		
Sous-total	104 326	101 881	89 971	57 339
PERSONNES DÉMUNIES				
Association Place au soleil	5 913	5 774	175	
Centre Bernard-Hamel	51 410	50 205	5 302	
Fraternité St-Michel	23 021	22 482		
Maison St-André Abitibi-Ouest	39 932	38 996	12 986	
Regroup. d'entraide sociale du Témiscamingue	52 539	51 308	18 132	12 529
Sous-total	172 815	168 765	36 595	12 529
PERSONNES HANDICAPÉES				
Actia	65 013	63 489		
Aile brisée (L)	59 204	57 816	4 000	2 900
Arche d'Amos	318 681	311 212		
Ass. de parents d'enfants handicapés du Témiscamingue	61 093	59 661		
Ass. Personnes handicapées Témiscaming	5 200	5 078		
Ass. personnes handicapées visuelles			2 118	2 068
Ass. intégration sociale	138 928	135 672		
Ass. du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA)	17 891	31 931		
Ass. voir sans voir	10 933	10 677		
Centre de jour Les Intrépides	170 723	166 722	8 932	1 000
Centre La Mésange	31 605	30 864		
Centre d'intégration physique l'Envol	67 175	65 601		

Tableau 34

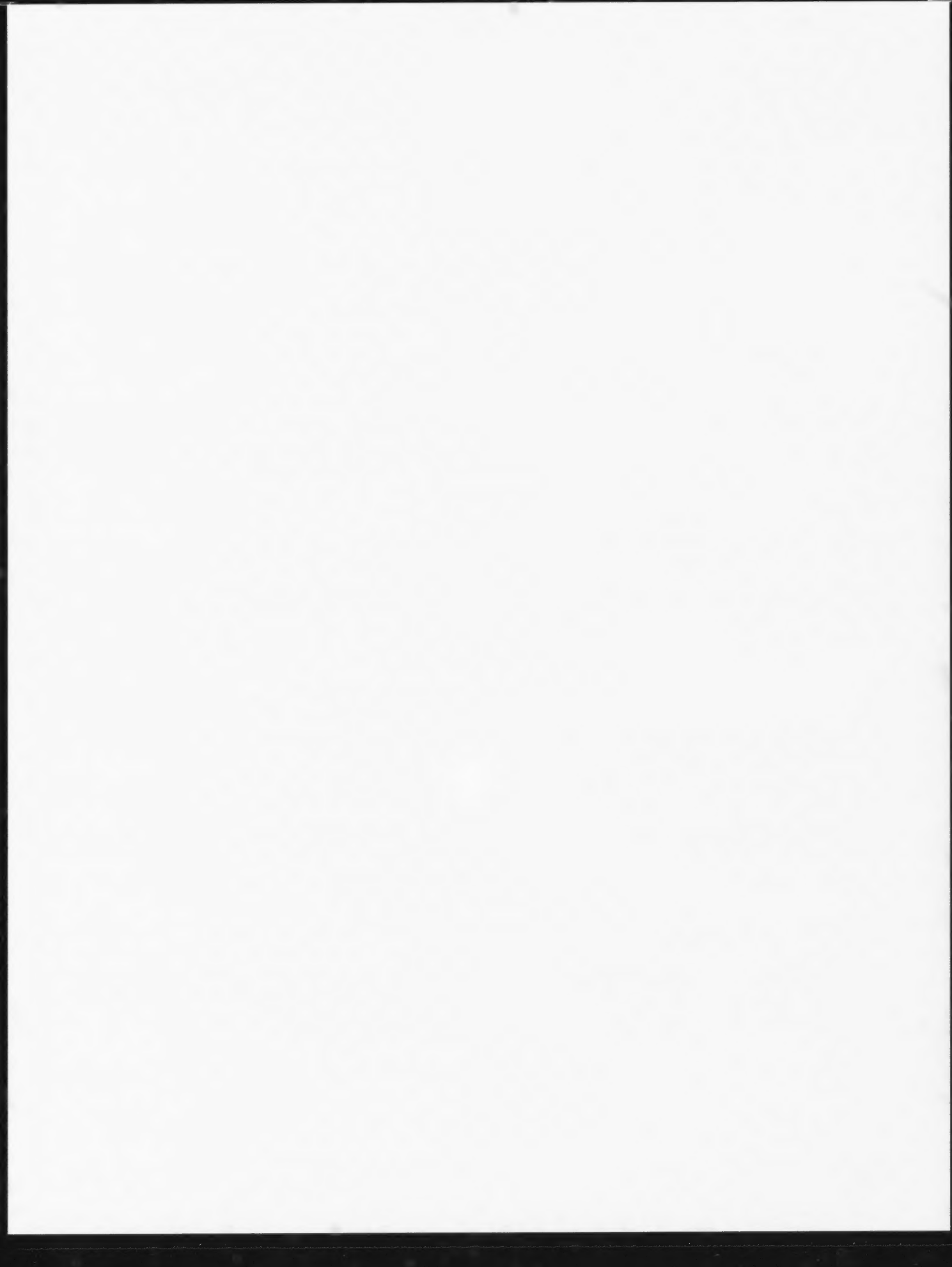
Liste des organismes
communautaires
subventionnés par
catégorie et par
secteur d'activités au
31 mars 2012

ORGANISMES	Subvention accordée PSOC		Ententes de service, projets et soutien ponctuels	
	2011-2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011
	\$	\$	\$	\$
Club A.C.V. Rouyn-Noranda inc.	10 579	10 331		
Club de l'amitié des handicapés d'Abitibi-Ouest	146 587	143 151		
Club des handicapés de Val-d'Or	123 295	120 405		
Corporation de répit-dépannage La Chrysalide	127 277	124 294		
Parrainage civique de l'A-T	14 192	13 859		25 440
Pilier (Le)	46 351	39 668	5 731	
Personnes handicapées Amos-région (PHAR)	67 603	66 019		
Ressource pour personnes handicapées, Abitibi- Témiscamingue et Nord-du-Québec	11 981	11 700	656 806	593 053
Société autisme et autres troubles de l'Abitibi- Témiscamingue	143 653	140 286		
Vie autonome Abitibi-Témiscamingue	45 187	44 128		
Sous-total	1 683 151	1 652 564	677 587	624 461
SANTÉ MENTALE				
Accueil Giboulée Harvey Bibeau	109 622	107 045	44 989	38 237
Appartements communautaires Le Pont	5 803	5 667		
Bouée d'espoir (Le Relais)	76 608	74 812	595	
Entretoise du Témiscamingue	121 651	118 800		
Équipe La Petite Rencontre	151 811	148 253	26 895	26 265
Groupe en toute amitié de Senneterre	11 266	11 002		
Groupe Soleil	139 368	136 102	89 640	87 539
Ligne intervention téléphonique du suicide A-T (centre régional)	262 898	256 736	8 900	
Maison 4 saisons du Témiscamingue	139 855	136 577		9 000
Pont (Le) de Rouyn-Noranda	196 654	192 045	19 882	19 416
Portail (Le)	81 200	79 297		
Prévention suicide d'Amos (Centre)	74 098	72 361		3 110
Prévention suicide du Témiscamingue (Comité)	47 560	46 445		2 166
Prévention suicide de Rouyn-Noranda (Centre)	108 304	105 766		5 035
Prévention suicide de Malartic (Centre)	27 334	26 693		519
Prévention suicide de Senneterre (Comité)	24 326	23 756		5 392
Prévention suicide de Val-d'Or (Comité)	84 121	82 149		4 406
Prévention suicide Abitibi-Ouest (Centre)	61 355	59 917		2 684
RAIDD-AT (Res.aide & inf.déf.droits A-T)			72 845	71 138
Résidence d'hébergement La Chaumière	144 299	140 917		
Rescousse (La)	76 670	74 873	837	
TCROCASMAT			27 719	26 093
Trait Union (Le)	225 747	220 456	49 070	47 920
Valpabem	81 447	79 537		625
Sous-total	2 251 997	2 199 206	341 372	349 545
SANTÉ PHYSIQUE				
Albatros 08 inc.	19 165	18 716		
Amis de l'Envol	4 655	4 546		
Arc-en-soi de La Sarre	5 375	5 249		
Association de la fibromyalgie	22 151	21 632		
Association des diabétiques du Témiscamingue	5 238	5 115		
Association diabète de Rouyn-Noranda	6 691	6 534		
Association épilepsie Abitibi-Témiscamingue	4 236	4 137		
Diabète Val-d'Or	3 177	3 103		
Lueur du phare	2 093	2 044		
Maison du Bouleau blanc			454	
Maison des soins palliatifs Rouyn-Noranda			454	
Maison de la source Gabriel			453	

Tableau 34

Liste des organismes
communautaires
subventionnés par
catégorie et par
secteur d'activités au
31 mars 2012

ORGANISMES	Subvention accordée PSOC		Ententes de service, projets et soutien ponctuels	
	2011-2012 \$	2010-2011 \$	2011-2012 \$	2010-2011 \$
Parkinson A-T				300
Société Alzheimer de Rouyn- Noranda/Témiscamingue/Abitibi-Ouest	24 815	24 815		330
Société Alzheimer de Val-d'Or	28 997	28 317		
Société sclérose en plaques A-T	25 120	24 531		
Sous-total	151 713	148 739	1 361	630
SERVICES GÉNÉRAUX				
CAFA (Centre d'animation)				5 000
Sous-total				5 000
SIDA				
Centre des ROSÉS de l'A-T	56 368	55 047		
Sous-total	56 368	55 047		0
TOTAL	11 400 821	11 149 256	2 085 007	2 009 735



SECTION

5

**Bilan de suivi de
gestion de l'entente
de gestion et
d'imputabilité**



5. Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

Déclaration sur la fiabilité des données

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2011-2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue :

- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2011-2012.

Signé à Rouyn-Noranda le 30 mai 2012



Jacques Boissonneault,
Président-directeur général

◆ Multiples attentes ministérielles

Entente de gestion

Objectif de résultats 2010-2015

Indicateur	Réalisée	Non réalisée
Plan d'action 2012-2013 de l'Agence	Oui	
Dépôt, au MSSS, des ententes de gestion agence/établissement 2010-2011	Oui	
Dépôt d'un plan d'action sur l'accès aux services de santé mentale		Non
Dépôt d'un plan d'action en soutien à domicile	Oui	

Commentaires

Concernant le plan d'action sur l'accès aux services de santé mentale, l'Agence est en attente du nouveau plan d'action en santé mentale du MSSS.

◆ Priorités du président-directeur général

Entente de gestion

Objectif de résultats 2010-2011

Sujet	Résultat 2010-2011
Radiothérapie	Voir commentaires
Consolidation d'une fusion	
PFT	
Maladies chroniques	

Commentaires

Radiothérapie : Le 19 mars 2012, le Ministre a autorisé l'élaboration d'un dossier de présentation stratégique en vue de la construction d'installations permettant d'accueillir un service de radio-oncologie en Abitibi-Témiscamingue. Le dossier de présentation stratégique constitue la première étape du cheminement de tout projet immobilier évalué à 40 millions de dollars ou plus.

Consolidation d'une fusion : Le projet de fusion du CSSS du Lac-Témiscamingue et du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa a été adopté par les deux établissements en mai 2011. Au même moment, l'Agence demandait au Ministre de prendre les mesures nécessaires afin que soient délivrées les lettres patentes fusionnant le CSSS du Lac-Témiscamingue et le CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa. Au cours de l'année, l'Agence a travaillé avec le nouveau CSSS du Témiscamingue afin de s'assurer que l'offre globale de service soit maintenue et même améliorée.

PFT : Le 11 novembre 2011, le Ministre a annoncé le début de la phase de conception de l'agrandissement et du réaménagement du Pavillon Sainte-Famille, une installation à vocation hospitalière du CSSS du Témiscamingue. Cet important projet immobilier sera rendu possible grâce à un investissement gouvernemental de 24,5 millions de dollars.

Maladies chroniques : Le modèle régional de lutte aux maladies chroniques continue à être déployé avec succès. Actuellement, l'évaluation du programme d'autogestion des soins est en cours.

◆ Priorités régionales

Entente de gestion

Objectif de résultats

Augmenter le nombre d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS).

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.01.13 Pourcentage d'écoles qui implantent l'AÉS	35,6 % (46,5 % 47/101 écoles ¹ + 1 école en milieu autochtone)	Augmentation du nombre d'écoles qui implantent l'AÉS	64,3 % (P-11) 63/98 écoles ¹ + 1 école en milieu autochtone

Commentaires

Pour l'année 2011-2012, la cible a été atteinte. À travers la région, 20 écoles supplémentaires ont adhéré à l'AÉS, portant le nombre total à 63 écoles (préscolaire, primaire et secondaire) du réseau public québécois.

Selon le cadre normatif du Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC), une école est considérée en santé lorsque, durant l'année, au moins un acte est posé par l'accompagnateur de l'AÉS du CSSS en soutien à l'école, dans les étapes de mise en œuvre.

Des rencontres de planification et de bilan entre les CSSS et les commissions scolaires se sont tenues dans les différents territoires de la région. Sous le leadership de l'Agence, trois rencontres régionales des accompagnateurs AÉS ont eu lieu en 2011-2012, dont une de manière conjointe avec les intervenants des centres d'abandon du tabagisme des CSSS :

- mai 2011 : reddition de comptes, Programme Passerelles, orientation nationale École en santé;
- novembre 2011 : convention de partenariat, programme Saines habitudes de vie, situation du tabagisme chez les jeunes et stratégies de promotion de l'industrie du tabac;
- février 2012 : journées annuelles de santé publique, aménagement des cours d'école et prévention de la violence.

La collaboration entre les CSSS et les écoles demeure un défi. C'est pourquoi l'Agence travaillera de concert avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et les territoires pour faciliter l'appropriation et le déploiement d'une offre de service en promotion et prévention qui répondra aux pratiques reconnues comme efficaces en contexte scolaire, aux priorités des CSSS ainsi qu'aux besoins des écoles. Cette démarche permettra aussi de réitérer les attentes signifiées ainsi que l'accompagnement disponible pour la poursuite de la mise en œuvre d'École en santé.

¹ Le nombre d'écoles correspond au nombre de bâtiments. Ne pas confondre avec les écoles institutionnelles qui peuvent regrouper plusieurs écoles physiques. En 2011-2012, le nombre d'écoles inclut les écoles francophones et anglophones de la région ainsi que l'école Beauvalois qui appartient à la région 10, mais qui est desservie par le CSSS des Aurores-Boréales.

* Résultats en date du 16 mai 2011.

◆ Priorités régionales

Entente de gestion

Objectif de résultats

Augmenter le nombre d'enfants recevant leurs vaccins dans les délais convenus.

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
1.01.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	85,2 %	augmentation	91,7 %
1.01.15 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	67,2 %	augmentation	84,7 %
1.01.16.01 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	N.D.	augmentation	84,4 %

Commentaires

1.01.14

Puisque le délai est passé d'une à deux semaines, on observe une nette amélioration dans la région. Ainsi, la cible est dépassée de presque 5 %. Un seul CSSS n'a pas atteint l'objectif avec un taux de 83 %.

1.01.15 et 1.01.16.1

Le changement apporté au niveau du délai a permis d'améliorer les résultats pour l'ensemble de la région. Deux CSSS n'ont pas atteint les taux ciblés avec des résultats de 72 % et 82 %. L'ajout d'un autre indicateur à 1 an nous permet de constater que les vaccins sont administrés simultanément à cet âge. Nous constatons une fois de plus que les indicateurs à 1 an sont plus difficiles à atteindre. Cependant, deux CSSS réussissent avec brio. Le partage de stratégies est préconisé.

Puisque la définition des indicateurs a changé en 2011-2012, il est difficile d'établir une comparaison avec l'année précédente.

Aux prises avec une importante éclosion de rougeole au Québec et soucieux de contrer l'épidémie, le MSSS a mis en œuvre une campagne de rattrapage de la vaccination contre la rougeole en milieu scolaire. Un soutien financier a été accordé aux CSSS et à l'Agence. Notons qu'aucun cas de rougeole n'a été déclaré en Abitibi-Témiscamingue. L'intervention a néanmoins représenté une tâche colossale. Le personnel des CSSS, en collaboration avec le milieu de l'éducation, a une fois de plus répondu aux attentes et relevé le défi avec succès.

L'objectif était d'obtenir un taux de couverture vaccinale de 95 % chez la clientèle visée.

Voici les résultats obtenus pour la région :

- élèves du primaire 96,5 % (Québec 86 %);
- élèves du secondaire 97,2 % (Québec 78,2 %);
- autres (professeurs, bénévoles, etc.) écoles primaires 85,3 % (Québec 61,5 %);
- autres (professeurs, bénévoles, etc.) écoles secondaires 83,4 % (Québec 58,4 %).

Le 1^{er} novembre 2011, un programme universel de vaccination contre le rotavirus a été implanté dans toutes les régions du Québec. Un soutien financier a été accordé aux CSSS et à l'Agence. La vaccination est offerte gratuitement aux nourrissons âgés de 2 à 7 mois.

L'introduction du programme en Abitibi-Témiscamingue s'est bien déroulée, le vaccin étant administré au même moment que les vaccins déjà prévus au calendrier régulier. Ceci a toutefois nécessité l'acquisition de nouvelles connaissances et un changement de pratique pour le personnel vaccinateur dans les CSSS. Celui-ci a bien répondu à la demande et, une fois de plus, a accompli la tâche avec brio.

* Résultats en date du 16 mai 2011.

** Résultats en date du 14 mai 2012.

◆ Priorités régionales

Entente de gestion

Objectif de résultats

Diminuer l'occupation des lits de courte durée en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) par des patients en fin de soins actifs.
Prioriser l'évaluation et l'orientation vers l'hébergement de longue durée actuellement faites en milieu hospitalier.

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
4.01.01 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD) par CH	2,6	< 3	3
4.01.02 Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de CD	0,3	< 3	0,5
4.01.03 Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de CD	0,6	< 3	0,6
4.01.04 Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de CD	0,5	< 3	0,3
4.01.05 Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de CD, excluant la santé mentale	3,6	< 3	4,3
4.01.06 Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de CD, excluant la santé mentale	0,9	< 3	1
4.01.07 Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de CD	0,6	< 3	0,6
4.01.08 Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	3,89	< 5	4,38

Commentaires

Les cibles visées concernant la trajectoire de la clientèle gériatrique sont atteintes pour la majorité des indicateurs. Les résultats obtenus pour le nombre moyen de patients en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale, dépassent légèrement les cibles visées. La pénurie de ressources professionnelles et médicales et la fermeture de ressources d'hébergement expliquent en grande partie ces résultats.

Notons que les résultats varient beaucoup d'un territoire à l'autre à un point tel que certains établissements éprouvent des difficultés à respecter les cibles visées pour certains indicateurs.

* Résultats en date du 16 mai 2011.

** Résultats en date du 14 mai 2012.



Mesures d'optimisation

Entente de gestion

Objectif de résultats

Mesures nationales d'optimisation.

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2012
6.1.2 a) La téléphonie IP	Élaborer le plan d'affaires, coordonner la migration, assurer la mise en œuvre et identifier les bénéfices régionaux	Projet lancé en 2011-2012 Réalisation en 2012-2013
6.1.2 b) La téléphonie cellulaire	Assurer la mise en œuvre de la politique-cadre, établir les besoins de la région, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices	Bilan déposé au 31/03/2012
6.1.6 La visioconférence	Coordonner la migration régionale, assurer la mise en œuvre, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices	En cours, voir commentaires
6.1.1 Le courrier électronique	Élaborer le plan de migration, gérer le projet, assurer la fermeture des infrastructures actuelles, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices	En cours, voir commentaires
6.1.5 La gestion du parc des postes de travail	Élaborer le plan triennal, gérer le projet, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices	Déposé le 31/03/2012 : le plan d'allocation des ressources, l'inventaire des applications, les bénéfices réalisés et un bilan de la mise en œuvre de la politique-cadre
6.1.3 Le regroupement des centres de traitement de données	Élaborer le plan régional de regroupement, gérer le projet, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices	En cours, voir commentaires
6.6.7 Les services Info-Santé 811	Collaborer à la transformation Présenter le plan de gestion des RH selon les orientations retenues par le MSSS	Collaboration à la transformation
6.2.2 L'énergie	Des projets ont été réalisés antérieurement de sorte qu'il n'y a pas de potentiel	Des projets ont été réalisés antérieurement de sorte qu'il n'y a pas de potentiel
6.2.1 L'approvisionnement en commun	Collaborer à la restructuration afin d'entraîner des économies	Collaboration à la restructuration afin d'entraîner des économies. Économie régionale de 500 000 \$
2.4.2 La clientèle soutien à domicile (PALV/DP/DI/TED)	Mettre en place un comité régional de suivi par l'Agence Identifier des cibles spécifiques à chaque CSSS en regard du nombre d'interventions attendu par jour par catégorie d'intervenants	Voir axe 2.4.2
5.1.6 La réduction de la main-d'œuvre indépendante	Mettre en place une table régionale des directrices des soins infirmiers et des directeurs des ressources humaines afin de partager les meilleures pratiques entre établissements et d'améliorer les pratiques de chacun	Voir axe 5.1.6

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2012
5.1.5 La réduction du temps supplémentaire	Mettre en place une table régionale des directrices des soins infirmiers et des directeurs des ressources humaines afin de partager les meilleures pratiques entre établissements et d'améliorer les pratiques de chacun	Voir axe 5.1.5
5.2.1 La gestion de la présence au travail	Suivi administratif des établissements. Régionaliser les bureaux de santé	Voir axe 5.2.1
La rationalisation et la mise en commun de processus administratifs	Collaborer avec le MSSS à la révision des processus administratifs Évaluer la possibilité de mise en commun des services suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Bureau de santé • Buanderie • Centrale de stérilisation 	Selon l'avancement des travaux menés par le MSSS Analyses complétées pour le bureau de santé et pour la buanderie Analyse amorcée pour la stérilisation

Commentaires

6.1.1 et 6.1.6

La plupart des projets d'optimisation nationaux, qui sont la responsabilité du MSSS, en technologie de l'information (TI), semblent accuser un certain retard sur les échéanciers annoncés en avril 2011, notamment le courrier électronique et la visioconférence qui ne seront assurément pas livrés dans les délais prévus. La solution de courrier électronique ne sera pas fonctionnelle au 31 mars 2012 et pourrait être retardée à l'été 2012. Pour la visioconférence, la situation est similaire.

6.1.2 a) La téléphonie IP :

Dans le respect des orientations ministérielles, le réseau de la santé de l'Abitibi-Témiscamingue prépare un projet visant à offrir et gérer un service de téléphonie pour l'ensemble des établissements de la région (Agence/TCR, cinq CSSS, trois centres de réadaptation, Centre jeunesse). Ce projet a plusieurs objectifs qui sont sommairement :

- d'assurer la pérennité des systèmes téléphoniques de la région;
- d'assurer un service égal et supérieur à ce que l'on retrouve aujourd'hui;
- d'assurer la mise en place et l'accès à des services à valeur ajoutée.

6.1.3 Le regroupement des centres de traitement de données :

Dans le but d'optimiser les infrastructures technologiques du réseau régional de la santé et des services sociaux, une démarche rigoureuse a été réalisée afin de déterminer les deux sites destinés à héberger les actifs informationnels de la région. Cette démarche permettra de regrouper les infrastructures technologiques locales et régionales, favoriser l'harmonisation des systèmes d'information et des processus de travail et, en définitive, une meilleure utilisation des ressources humaines et financières. Le choix des sites retenus a été soumis au MSSS en mars 2012 et les travaux ont été entrepris afin de procéder au regroupement régional des systèmes d'information à compter de 2012-2013.

6.2.1 L'approvisionnement en commun :

La région a augmenté son volume d'achats fait par approvisionnement en commun et a participé activement à la fusion volontaire entre le GAAT et le groupe d'achats des régions des Laurentides et de l'Outaouais.



Accessibilité des services

Entente de gestion

Objectif de résultats

Mesures nationales d'accessibilité aux services.

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2012
Inscription aux guichets d'accès	Mettre en place des guichets d'accès, diffusion des coordonnées et inscription de toutes les clientèles	Tous les CSSS ont diffusé les coordonnées et ont inscrit toute leur population
2.1.2 Déploiement des GMF	Objectif atteint pour la région	Voir axe 2.1.2
3.1.6 Durée moyenne de séjour à l'urgence	Suivi des plans d'action des CSSS ayant des problématiques particulières	Voir axe 3.1.6
3.1.3 Accès aux services spécialisés de chirurgie	Mettre en place un mécanisme pour une deuxième offre pour les chirurgies de la hanche et du genou	Voir axe 3.1.3
Accès aux services d'endoscopie	Réviser les processus et implantation de zone(s) franche(s) Mise en place de centrale(s) de rendez-vous Deuxième offre au patient	Utilisation optimale des systèmes informatiques en place en radiologie pour mieux gérer les listes d'attente
6.6.1 Accès aux services d'imagerie	Réviser les processus et implantation de zone(s) franche(s) Mettre en place des centrales de rendez-vous	Utilisation optimale des systèmes informatiques en place en radiologie pour mieux gérer les listes d'attente
6.6.4 Accès au continuum de services AVC	Participer à la désignation des centres tertiaires et à la mise en place des corridors de services	Participation à la mise en place des corridors de services
Accès au continuum de services de cardiologie	Participer à la définition et à la mise en place des corridors de services	Participation à la définition et à la mise en place des corridors de services
6.6.5 Accès au continuum de services pour la douleur chronique	Soutenir l'organisation de services et participer à la définition et la mise en place des corridors de services	Participation à la définition et à la mise en place des corridors de services
6.6.10 Configuration des services médicaux	Collaborer et déposer au PREM en spécialité 2012-2015	Préparation et dépôt du plan de déploiement des effectifs médicaux
6.6.9 Laboratoires	Collaborer à l'opération provinciale	Préparation de plans régionaux
6.6.8 Traumatologie	Soutenir l'évolution du processus d'optimisation Participer à l'implantation des orientations qui en découlent	Implantation des orientations qui découleront des travaux
Accès aux services de santé mentale à la population	Niveau d'atteinte du plan d'optimisation Déposer un plan visant l'accessibilité, la hiérarchisation et la mise en place de corridors de services	Un corridor de services par CSSS pour la première et la deuxième ligne Clarification des corridors de services avec les établissements de soins tertiaires
Accès aux services de psychiatrie légale	Appuyer la mise en place du réseau hiérarchisé	Participation à la mise en place du réseau hiérarchisé

◆ Prévention dans les continuums de services

Entente de gestion

Objectif de résultats

- 1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP).
- 1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants :
- ITSS;
 - habitudes de vie et maladies chroniques;
 - chutes chez les personnes âgées;
 - suicide.

Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.01.20 Pourcentage moyen d'implantation des activités du PNSP	83 %	83 % des activités implantées	Poursuite des activités
1.01.21 Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	83 %	83,3 % des pratiques cliniques préventives	Poursuite des activités

Commentaires

Les activités sont poursuivies tant au plan local qu'au plan régional. Le calcul du pourcentage des activités implantées sera fait l'an prochain par la Direction générale adjointe de santé publique du MSSS.

◆ Services médicaux et infirmiers

Entente de gestion

Objectif de résultats

- 2.1.2 Favoriser la pratique de groupe polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de GMF (ou modèles équivalents).
- 2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne.

Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
1.09.25 Nombre total de GMF implantés	S.O.	S.O.	Objectif atteint
3.07 Nombre d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	S.O.	Ajout de 2 IPS, pour un total de 7 IPS	4 IPS

Commentaires

Actuellement il y a quatre IPS sur le territoire et quatre candidates qui devraient graduer en 2012-2013.

** Résultats en date du 14 mai 2012.

◆ Services psychosociaux

Entente de gestion

Objectif de résultats

2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.02.05 Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	S.O.	Réviser le programme développé dans la région à la lumière du contexte financier dans une optique d'optimisation	Travail amorcé
1.02.04 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de 4 minutes ou moins	S.O.	Identifier les activités préalables à l'implantation du service Info-Social	Travail amorcé

Commentaires

Des démarches ont été amorcées auprès des régions de l'Estrie et du Saguenay-Lac-Saint-Jean pour évaluer une possible collaboration quant à la mise en place du service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux.

◆ Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer

Entente de gestion

Objectif de résultats

2.2.1 Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins.
2.2.2 Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches.

Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.09.39 Pourcentage des territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation	S.O.	100 % des territoires locaux	100 %
1.09.40 Pourcentage de personnes référées à une infirmière pivot en oncologie (IPO) dans un délai de 2 jours ou moins suivant l'annonce du diagnostic	S.O.	100 % des personnes	ND

Commentaires

1.09.30

Le programme Autogestion des soins en maladies chroniques est déployé dans tous les CSSS de la région. Pour l'année 2011-2012, c'est 206 participants qui ont assisté à ces rencontres animées bénévolement par des bénéficiaires et coordonnées par des intervenants des CSSS. Deux professionnelles de la santé ont été formées et accréditées comme maître formateur, ce qui a permis la formation de 15 nouveaux animateurs, dont 3 coordonnateurs directement en région qui assurent l'autonomie régionale quant à des besoins futurs de formation d'animateurs.

1.09.40

Présentement, aucune méthode de calcul ne permet de vérifier si la cible est atteinte pour tous les cas. Au cours de l'année 2012, une étude de terrain sera réalisée par la Direction québécoise du cancer et elle permettra de réajuster la cible à atteindre. Une formule sera mise à la disposition des centres d'oncologie.



Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance

Entente de gestion

Objectif de résultats

- 2.2.3 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté.
- 2.2.4 Favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la LPJ sur la protection de la jeunesse.
- 2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire.
- 2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves.
- 2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique.

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
1.06.10 Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert	60 %	60 %	60 %
1.06.11 Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace est offert	100 %	100 % des territoires locaux	100 %
1.06.14 Taux d'enfants resignalés	ND	Diminution du taux de signalement	ND
1.06.12 Nombre moyen de déplacements vécus par l'enfant/jeune au cours d'une période de 3 ans à compter de sa prise en charge (fiche non disponible)	ND	Diminution du nombre moyen de déplacements	ND
1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS (mission CLSC)	2 845	2 321	3 049

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
1.08.05 Nombre de places en services de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	119 (307 usagers différents)	90 (250 usagers différents)	104 (278 usagers différents)
1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique offerts par les CSSS	ND	ND	198

Commentaires

1.08.09

La cible a été atteinte en incluant la clientèle suivie en ressource de type familial qui a un profil de première ligne. En analysant le résultat selon l'âge, on constate que la cible (472) est atteinte pour les jeunes. En effet, 544 clients de moins de 18 ans ont été desservis. La cible pour les adultes (1849) est aussi largement dépassée. La clientèle de 18 ans ou plus totalise 2550 usagers.

Les résultats diffèrent de ceux de l'année 2010-2011 essentiellement parce que la définition des services de première ligne a été revue au cours du plus récent exercice. Cela a eu pour effet de transférer une partie de la clientèle de deuxième ligne vers la première ligne. Auparavant, la clientèle de deuxième ligne était surestimée parce que les balises cliniques et organisationnelles n'étaient pas assez précises.

Au cours de l'année, les gestionnaires ont poursuivi leurs efforts en ce qui concerne la promotion de la hiérarchisation des services spécialisés en santé mentale, l'utilisation de nouveaux outils d'évaluation, le recrutement de professionnels, considérant les départs et les congés temporaires, ainsi que la recherche d'effectifs médicaux en psychiatrie.

L'Agence apporte un soutien constant aux CSSS, notamment pour l'organisation et la consolidation des services de première ligne.

1.08.05

La cible est atteinte pour le soutien d'intensité variable dans la communauté.

Précisons que les résultats indiqués pour les personnes atteintes de troubles mentaux dans la région ne reflètent pas l'ensemble des services d'intégration dans la communauté. En effet, un des CSSS n'assure aucun service direct. Il le fait par le biais d'une entente de service avec un organisme communautaire. Cet organisme a rejoint 151 usagers différents au cours de l'année, soit 61,2 personnes en moyenne par période entre avril 2011 et mars 2012.

De plus, dans quatre autres territoires de CSSS, des organismes communautaires assurent des suivis dans la communauté auprès de cette clientèle, ce qui n'est pas comptabilisé par l'indicateur. C'est le cas de 127 personnes, en moyenne par période, certains de ces usagers ayant reçu les services conjointement du CSSS et d'un organisme communautaire.

Ajoutons que les personnes qui requièrent un suivi intensif dans le milieu sont incluses dans l'ensemble de la clientèle, car aucun territoire n'a la masse critique d'usagers pour mettre en place une équipe dédiée au suivi intensif. Les services de soutien d'intensité variable dans la communauté sont donc adaptés à ces personnes.

L'Agence continue d'apporter son soutien pour l'amélioration de ces services.

* Résultats en date du 16 mai 2011.

** Résultats en date du 14 mai 2012.

◆ Réseau de services intégrés

Entente de gestion

Objectif de résultats

2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS.

Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	56,77 %	58,12 % du degré d'implantation de réseaux de services intégrés	57 %

Commentaires

Le taux d'implantation du RSIPA s'élève à 57 %, ce qui est légèrement inférieur à la cible.

Au cours de l'année 2011-2012, trois CSSS ont reçu une visite de représentants du MSSS et de l'Agence dans le but de valider l'information contenue dans l'outil de mesure Outil de suivi de l'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (OSIRSIPA).

Les travaux pour l'implantation du RSIPA se sont poursuivis. Le comité clinique s'est rencontré à deux reprises et une rencontre s'est tenue pour le comité utilisateur. Ces rencontres ont permis d'échanger sur les différentes problématiques rencontrées et de cibler les travaux à réaliser, dont la mise à jour du mécanisme d'accès à l'hébergement. À cet égard, des échanges et de la formation ont permis de mieux valider l'utilisation des profils Iso-SMAF, du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle.

◆ Adaptation des services

Entente de gestion

Objectif de résultats

2.3.2 Favoriser l'adoption, en CH, de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées.

Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.03.07 Pourcentage des CH ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	S.O.	15 % degré d'implantation	S.O.

Commentaires

La grille est à compléter pour le 30 juin 2012. Les données seront fournies au bilan de l'an prochain.

◆ Services de soutien à domicile

Entente de gestion

Objectif de résultats

2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants.

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
1.03.05.01 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	221 916	229 496	203 933

Commentaires

Les objectifs de notre plan d'action sont atteints pour les heures de soutien à domicile. Toutefois, le total a baissé en raison de la situation particulière d'un établissement où le nombre d'heures pour le chèque emploi service était faussement élevé par rapport aux besoins des personnes éligibles à ce programme. Une application plus rigoureuse des critères d'évaluation a eu comme effet de réduire le nombre d'heures en aide à domicile, mais a augmenté certains services professionnels notamment au plan de l'ergothérapie. Ainsi, l'augmentation de 1,5 % visée par le MSSS n'est pas atteinte.

* Résultats en date du 14 mai 2012.

** Résultats en date du 14 mai 2012.

◆ Diversification des milieux de vie

Entente de gestion

Objectif de résultats

2.4.3 Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres).

Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.03.08 Nombre de places en ressources résidentielles de proximité	S.O.	Augmentation du nombre de places : 7 places en ressource intermédiaire en DI et 12 places pour la clientèle en DI et santé mentale	En cours de réalisation

Commentaires

Pour les places en RI, le processus devrait se compléter en 2012-2013. Quant aux 12 places additionnelles pour la clientèle en DI et santé mentale, le processus de rédaction de l'appel d'offre de service est en cours et celui-ci sera lancé en 2012-2013.

◆ Services sociaux et de réadaptation

Entente de gestion

Objectif de résultats

- 3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours;
 - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR;
 - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an.
- 3.1.2 Assurer, aux personnes ayant une dépendance, un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins.

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
1.45 Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience	50 % 92,3 % S.O.	90 % urgent 90 % élevé 75 % modéré	83,3 % 87,6 % 98,2 %
1.07.04 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en CR dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	56 %***	65 % des personnes	58,3 %

Commentaires

1.45

La situation est stable pour toutes les clientèles, quels que soient le niveau de priorité et la catégorie d'établissements. La cible n'est pas atteinte pour la priorité urgente et élevée. Toutefois, certains résultats inscrits ne reflètent pas la réalité, car des problèmes de codification persistent. En fait, il s'agit d'erreurs de saisies et le MSSS a été mis au courant. Ainsi, le résultat atteint 100 % au lieu de 83,3 % pour le niveau de priorité urgente. Il a légèrement baissé pour le niveau de priorité élevée et c'est la première année que le niveau de priorité modérée est suivi par le MSSS.

1.07.04

La cible est presque atteinte. Notons que des travaux sont actuellement en cours afin d'uniformiser le calcul de cet indicateur, car le dénominateur (le nombre d'utilisateurs différents ayant reçu une évaluation spécialisée durant la période de référence) n'est pas interprété de la même façon d'une région à l'autre du Québec.

* Résultats en date du 31 mai 2011.

** Résultats en date du 14 mai 2012.

*** Résultats en date du 16 mai 2011.

◆ Médecine et chirurgie

Entente de gestion

Objectif de résultats

- 3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois.
- 3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis.
- 3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours.

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
1.09.20.01 Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	65,9 %	90 % des personnes	36 %
1.09.20.02 Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	55,3 %	90 % des personnes	26,9 %
1.09.20.03 Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	97,3 %	90 % des personnes	97,3 %
1.09.20.04 Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour (à l'exception de la chirurgie de la cataracte)	93,2 %	90 % des personnes	95,9 %
1.09.20.05 Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation (à l'exception de la chirurgie de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou)	94,5 %	90 % des personnes	97,1 %
1.09.33 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours (de calendrier)	91,1 %	90 %	90,1 %

Commentaires

1.09.20.01, 1.09.20.02 et 1.09.20.03

Malgré une augmentation importante du nombre de chirurgies du genou et de la hanche depuis 2008-2009 (augmentation de 53 % pour les chirurgies de la hanche et de 72 % pour les chirurgies de genou), le CSSS Les Eskers de l'Abitibi parvient difficilement à rattraper le retard dans les délais d'attente pour ces deux types de chirurgie. La mise en place d'une clinique musculosquelettique en 2008 a permis de réduire les délais d'attente de consultation auprès des orthopédistes. En contrepartie, cela a entraîné une forte augmentation de la demande en chirurgies de la hanche et surtout du genou. L'établissement travaille présentement à diminuer les durées de séjour d'hospitalisation afin de pouvoir augmenter la cadence des chirurgies et ainsi diminuer les délais d'attente pour une arthroplastie.

La région maintient toujours un excellent taux de patients traités dans les délais en ce qui concerne une chirurgie de la cataracte.

1.09.33

Des démarches sont effectuées auprès de tous les CSSS de la région afin que les requêtes opératoires soient bien identifiées lorsqu'il s'agit de cas de chirurgies oncologiques. Cette identification permettra de mieux suivre les délais et de s'assurer du respect des 28 jours visés pour ce type de chirurgie. Une communication a été faite auprès des directeurs des services professionnels ainsi que des représentants de la Table des chefs pour sensibiliser tous les chirurgiens.

Par ailleurs, même s'il ne s'agit pas d'une cible ministérielle, plus de 96 % des chirurgies d'un jour et de celles avec hospitalisation, effectuées en Abitibi-Témiscamingue, sont réalisées dans un délai de moins de six mois. Un suivi des cas hors délai est effectué par l'Agence. La majorité des situations, où un délai plus long est constaté, concerne les chirurgies bariatriques. Le CSSS de la Vallée-de-l'Or, responsable de cette intervention, revise actuellement son processus de travail afin d'améliorer l'accès à ce type de chirurgie.

* Résultats en date du 14 mai 2011.

** Résultats en date du 14 mai 2012.



Urgences

Entente de gestion

Objectif de résultats

3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence¹ pour les personnes sur civière.

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	15,29 %	15 % des séjours de 24 h	13,21 %
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	3,8 %	1 % des séjours de 48 h	2,8 %
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	13,20	<12 heures	12,10

¹ Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif.

Commentaires

Un suivi du relevé quotidien de la situation à l'urgence et au centre hospitalier (RQSUCH) est effectué, tous les matins, par la responsable du dossier des urgences à l'Agence. Les quatre indicateurs retenus par la Direction nationale des Urgences (DNU) au MSSS font plus spécifiquement l'objet d'un suivi, soit :

- le taux d'occupation des civières;
- la proportion de patients présents à l'urgence depuis 24 heures et plus;
- la proportion de patients présents à l'urgence depuis 48 heures et plus;
- la proportion de cas de longue durée (LD) occupant des lits de CD.

Les situations des personnes présentes à l'urgence depuis 48 heures sont questionnées le matin même auprès des coordonnateurs des urgences afin qu'une intervention immédiate soit assurée pour corriger la situation.

Le CSSS de la Vallée-de-l'Or fait l'objet d'un suivi particulier compte tenu des situations problématiques rencontrées depuis plusieurs années à l'urgence. En novembre 2011, le président-directeur général de l'Agence a convenu, avec le Comité ministériel de coordination du désencombrement des urgences (CMCDU) du MSSS, d'effectuer une visite dans le but de mieux comprendre les préoccupations et les problèmes du milieu. Cette visite a permis d'évaluer les problèmes de fluidité entre les services et d'identifier des perspectives de solution favorisant un meilleur continuum et une meilleure qualité de soins et des services. L'Agence doit jouer un rôle important d'accompagnement du CSSS de la Vallée-de-l'Or pour l'actualisation de l'ensemble des recommandations formulées par le MSSS lors de cette visite.

Même si la cible de 0 % de 48 heures n'est pas encore atteinte pour la région, on remarque cependant une amélioration dans les durées moyennes de séjour sur civière (DMS). Il est important de noter que les durées de séjours élevées au CSSS de la Vallée-de-l'Or (9 % de plus de 48 h et DMS de 17,65 h) se répercutent sur les statistiques régionales. En effet, pour les 4 autres CSSS de la région, le pourcentage de patients sur civière de plus de 48 h varie entre 0,1 % et 1,4 % et la DMS oscille entre 9 h et 11 h. Pour l'année 2011-2012, le pourcentage de patients en attente de plus de 48 heures sur civière est passé à 2,8 % alors qu'il était de 3,8 % en 2010-2011.

* Résultats en date du 16 mai 2011.

** Résultats en date du 14 mai 2012.



Santé mentale

Entente de gestion

Objectif de résultats

3.1.7 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès :

- aux services spécifiques de première ligne offerts par les CSSS à l'intérieur de 30 jours;
- aux services spécialisés de deuxième et de troisième ligne à l'intérieur de 60 jours.

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
1.08.11 ¹ Pourcentage d'utilisateurs dont les services spécifiques de santé mentale de première ligne en CSSS ont débuté à l'intérieur de 30 jours	133,8 en moyenne dans l'année	170 utilisateurs en moyenne sur la liste d'attente pour des services de première ligne	251,2 en moyenne dans l'année (356 au 31 mars 2012)
1.08.12 ¹ Pourcentage d'utilisateurs dont les services spécialisés de santé mentale de deuxième et troisième ligne en CSSS ont débuté à l'intérieur de 60 jours	32,2 en moyenne dans l'année (26 au 31 mars 2011)	36 utilisateurs en moyenne sur la liste d'attente pour des services de deuxième ligne	31,4 en moyenne dans l'année (9 au 31 mars 2012)

¹ Il n'est actuellement pas possible techniquement de suivre cet indicateur en pourcentage.

Commentaires

1.08.11

Pour les services de première ligne, la cible, qui est une moyenne d'utilisateurs par période, n'est pas atteinte ni pour la clientèle en attente de moins de 18 ans (29,0) ni pour les adultes dans cette situation (222,2).

Ces résultats reflètent le manque de ressources médicales et non médicales en première ligne pour les utilisateurs aux prises avec un trouble mental, diagnostiqué ou en voie de l'être, et ayant besoin d'un suivi par un intervenant de santé mentale sans suivi conjoint avec un médecin spécialisé. Des ajustements sont encore nécessaires quant à l'utilisation d'outils d'évaluation des services pour la clientèle adulte.

Pour les moins de 18 ans, on observe une légère augmentation de la liste d'attente entre 2010-2011 (18,9) et 2011-2012 (29,0). L'implantation du modèle en pédopsychiatrie fait en sorte que tous les enfants orientés en santé mentale ont d'abord accès à des services de première ligne. Certains d'entre eux seront dirigés vers les services de deuxième ligne impliquant un suivi conjoint avec un médecin spécialiste. Cependant, le manque de médecins spécialistes a pour effet d'augmenter le nombre de clientèle desservie en première ligne.

Dans la région, ce sont les mêmes équipes qui interviennent en première et en deuxième ligne. Ainsi, leur tâche est influencée par la présence ou non au dossier d'un psychiatre ou d'un pédopsychiatre.

1.08.12

Pour ce qui est de l'attente pour l'accès aux services de deuxième ligne, la cible n'est pas atteinte. Toutefois, la situation est différente pour les jeunes et les adultes.

Pour les jeunes, la moyenne est de 5,3 et la clientèle en attente est de 5, au 31 mars 2012. Pour la clientèle adulte, la moyenne se situe à 26,1 et le résultat est de 4, au 31 mars 2012.

Il est probable que le nombre d'utilisateurs en attente de services de deuxième ligne ait été surestimé une bonne partie de l'année, surtout pour la clientèle adulte, c'est-à-dire avant les précisions apportées aux balises cliniques et organisationnelles pour la définition des services de première et deuxième ligne.

Le résultat positif pour les jeunes est influencé par la promotion des guichets d'accès unique au sein des CSSS, le respect de la hiérarchisation des services en santé mentale et un meilleur arrimage entre les services psychosociaux et les services de santé mentale. Cependant, les difficultés de recrutement ou de remplacement de ressources médicales et non médicales nuisent à l'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale. Néanmoins, certains psychiatres occupant un poste à l'adulte acceptent d'évaluer des utilisateurs de moins de 18 ans (14-17 ans) dans la plupart des CSSS. L'implantation du modèle régional en pédopsychiatrie se poursuit dans les CSSS de la région sous la coordination du CSSS de la Vallée-de-l'Or.

* Résultats en date du 16 mai 2011.

** Résultats en date du 14 mai 2012.

◆ Référence aux services médicaux spécialisés

Entente de gestion

Objectif de résultats 3.1.8 Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille.

Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.09.38 Pourcentage des CSSS ayant mis en place un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente et référées par un médecin de famille	S.O.	100 % des CSSS	S.O.

Commentaires Les résultats seront compilés l'an prochain.

◆ Contrôle des infections nosocomiales

Entente de gestion

Objectif de résultats 4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis.

Indicateur	Résultat 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat 2011-2012
1.01.19 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis	80 %	90 % des CHSGS	90 %

Commentaires Un seul établissement ne répond pas aux attentes concernant la diarrhée associée au clostridium difficile (DADC). Une collaboration étroite entre l'Agence et les établissements permet l'atteinte des objectifs.

◆ Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Entente de gestion

Objectif de résultats

- 5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles.
- 5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail.
- 5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité.
- 5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique.

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
3.08 Pourcentage d'établissements ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	S.O.	100 % des établissements	100 % des établissements
3.09 Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	S.O.	100 % des établissements auront amorcé une démarche	100 % des établissements auront amorcé une démarche
3.05.01 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,74 %	5,54 %	5,12 %
3.05.02 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,65 %	3,51 %	3,33 %
3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers (infirmières)	2,45 %	2,87 %	2,87 %
3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers (infirmières auxiliaires)	0,98 %	0,38 %	1,03 %
3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers (préposés aux bénéficiaires)	1,40 %	0,00 %	0,78 %

Commentaires

Pour ce qui est du temps supplémentaire travaillé par le personnel du réseau et le personnel infirmier, la région a atteint sa cible. Seul un établissement sur cinq n'a pas réussi à atteindre sa cible, mais il était près de son objectif (réalisé à 92 %).

Au plan de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI) infirmière, 3 CSSS ont atteint leur cible, un CSSS affiche un résultat inférieur à 1 % et le dernier CSSS a connu une fusion avec un autre CSSS en 2011, ce qui a fait en sorte qu'il a dû s'ajuster à cette nouvelle réalité. Un CSSS a utilisé des préposés aux bénéficiaires en MOI en attendant la fin de la cohorte des nouveaux diplômés comme PAB. Régionalement, la cible visée pour la MOI infirmière a été réalisée.

* Résultats en date du 14 mai 2011.

** Résultats en date du 14 mai 2012.



Rétention et mieux-être au travail

Entente de gestion

Objectif de résultats

5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du MSSS en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé.

5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail.

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	S.O.	Tous les établissements sont en processus d'agrément (ils l'ont déjà obtenu en 07-08 et 08-09)	100 %
3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	S.O.	60 %	56 %
3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,58 %	5,84 %	6,32 %
3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	S.O.	83 %	100 %

Commentaires

3.01

La cible régionale pour le ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées n'est pas atteinte. La situation est stable comparativement à l'année passée. Seulement trois établissements sur neuf ont atteint leur cible. Parmi les six autres, leur résultat est inférieur à 90 % de la cible et quatre ont vu leur situation se détériorer. Actuellement, l'Agence est en démarche d'améliorer le fonctionnement des bureaux de santé, ce qui va contribuer à la diminution des ratios.

3.13

La diminution observée est due à la fusion de deux établissements, ce qui vient modifier le dénominateur. La cible 2011-2012 ne tient pas compte de cette réalité.

* Résultats en date du 14 mai 2011.

** Résultats en date du 14 mai 2012.

SECTION

6

**Code d'éthique des
administrateurs
publics de l'Agence**



6. Code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence

En vertu de l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, le conseil d'administration de toute agence est tenu d'établir un code d'éthique et de déontologie.

Celui-ci rappelle les administrateurs à un devoir d'éthique et de loyauté et indique les modalités à suivre si l'on juge qu'il y a des irrégularités.

Les formulaires de *Déclaration des intérêts des administrateurs publics* et *Engagement personnel* ont été complétés et signés par tous les membres du conseil d'administration de l'Agence, sans exception.

À ce jour, il n'y a eu aucun manquement au code d'éthique.

Introduction

La présente section indique les principes d'éthique devant guider les administrateurs publics de l'Agence (ci-après nommé l'administrateur ou les administrateurs). Le terme « administrateurs publics » vise les membres du conseil d'administration, le président-directeur général et le directeur de santé publique.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2 (ci-après, la loi) rappelle les principes émis dans le Code civil du Québec quant aux actions des administrateurs publics. Ils sont formulés en regard des membres de conseil d'administration d'une agence (article 406).

« Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait, en pareilles circonstances, une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'agence et de la population de la région pour laquelle l'agence est instituée. »

D'autre part, le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30 a. 3.0.1 et 3.0.2, 1977, c. 6a.1) précise, à l'article 4 :

« Les administrateurs publics sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens. »

Dans le cadre de la gouverne régionale instaurée en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. c. S-4.2), tel qu'amendée par la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (L.R.Q. 2001, c. 24), le conseil d'administration de l'Agence est appelé à poursuivre son rôle en tant qu'instance dédiée à la prise de décision sur les grandes politiques et orientations régionales et à la reddition de comptes. Il doit assumer quatre grandes responsabilités :

- ↳ assurer la participation de la population;
- ↳ définir les politiques et orientations;
- ↳ allouer les ressources;
- ↳ assurer la surveillance et le contrôle des résultats découlant de ses décisions.

La nomination par le gouvernement des membres du conseil d'administration fait en sorte qu'ils sont assujettis aux dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (ci-après, le Règlement), lequel Règlement a pour objet (article 1) :

«... de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et des entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrateurs et les administrateurs publics. »

Le code d'éthique exprime la volonté de l'ensemble des administrateurs d'avoir des comportements au-dessus de tout soupçon et cohérents avec les obligations de dépositaires de fonds publics.

Déclaration de principe

Attendu que les administrateurs identifient les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir, en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population, des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région et d'élaborer des orientations à cet égard;

Attendu que l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité, de la crédibilité et de la confidentialité;

Les administrateurs de l'Agence s'engagent à respecter les principes suivants dans le processus de décisions auxquels ils seront appelés à participer :

- ↳ primauté des intérêts de la population à desservir;
- ↳ équité dans la distribution des ressources dans la région.

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacun des articles du présent code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence.

Dispositions générales

Le présent code d'éthique détermine les devoirs et les obligations de conduite des administrateurs dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

En cas de doute, l'administrateur agit selon l'esprit des principes et des règles du présent code et du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c. M-30, r. 01). Il doit, de plus, organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

Objectif du code d'éthique

Le présent code d'éthique a pour objectif de faire en sorte que toutes les personnes concernées connaissent les règles que l'organisation leur indique de suivre, pour qu'il y ait, non seulement apparence, mais aussi évidence d'honnêteté, de transparence et absence de bénéfice personnel dans leurs activités à l'Agence.

Personnes concernées par le code d'éthique

Ce code d'éthique s'applique exclusivement aux membres du conseil d'administration, au président-directeur général et au directeur de santé publique de l'Agence, puisqu'ils ont été nommés par le gouvernement.

Devoirs et obligations

- ↳ L'administrateur s'engage à agir avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances, une personne de bonne foi, raisonnable, avec honnêteté et loyauté.
- ↳ L'administrateur s'engage à agir de façon courtoise et à maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
- ↳ L'administrateur s'engage à rendre ses décisions en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services; il tient donc compte de l'ensemble des conséquences que peut avoir son administration sur le service à donner au public et sur le bon usage des fonds publics.
- ↳ L'administrateur s'engage à assister aux assemblées du conseil d'administration ou à défaut, il motive son absence.
- ↳ L'administrateur s'engage, dans le processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments de la question, à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin; il se prononce alors de la manière la plus objective possible.
- ↳ L'administrateur s'engage à agir avec respect et dignité dans la manifestation publique de ses opinions.
- ↳ L'administrateur s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice de sa fonction; à ce chapitre, il devra s'abstenir de toute fuite ou confidence lorsque le conseil aura décidé de les maintenir à huis clos.
- ↳ L'administrateur s'engage à s'acquitter de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.
- ↳ L'administrateur s'engage à éviter toute partisanerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

Règles relatives aux conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités

- ↳ L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
- ↳ L'administrateur prévient tout conflit d'intérêts, de rôles et de responsabilités et évite de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions.
- ↳ L'administrateur ne recherche pas, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions.
- ↳ De plus, l'administrateur ne confond pas les biens de l'organisme avec les siens et ne les utilise pas à son profit ou au profit d'un tiers.
- ↳ Le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit.
- ↳ Le fait d'être un membre du conseil d'administration de l'Agence ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée du conseil d'administration dûment convoquée ou qu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil d'administration.
- ↳ L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

Déclaration d'intérêt

Compte tenu des règles énoncées sur les conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités, l'administrateur s'engage à respecter les dispositions de l'article 154 de la loi dans les situations où il a un intérêt pécuniaire dans une entreprise, à savoir :

Article 154

Tout membre d'un conseil d'administration, autre qu'un directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre, doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait, pour un membre du conseil d'administration, d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

- ↳ L'administrateur dépose annuellement devant le conseil d'administration une déclaration d'intérêt (annexe I) écrite, mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'Agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

En cours d'année, si sa situation évolue, l'administrateur a la responsabilité et l'obligation de procéder au dépôt d'une nouvelle déclaration d'intérêt.

Activités politiques

- ↳ Lorsqu'un administrateur est désigné comme porte-parole de l'Agence, il fait preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.
- ↳ Le président ou la présidente du conseil d'administration ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.
- ↳ La personne élue à la présidence du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions; les articles 22 à 26 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c.M-30, r.01) précisent alors les règles applicables à sa situation.

Règles relatives aux assemblées

- ↳ Le membre du conseil d'administration respecte les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité de la personne qui préside dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.
- ↳ Le membre du conseil d'administration respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.
- ↳ Le membre du conseil d'administration respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.
- ↳ Le membre du conseil d'administration, dans le cadre d'une assemblée, conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
- ↳ Le membre du conseil d'administration peut, s'il le désire, faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.
- ↳ Le membre du conseil d'administration évite de ternir la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y œuvrent.

Interdiction des pratiques reliées à la rémunération

L'administrateur ne sollicite pas, n'accepte pas et n'exige pas d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

- ↳ Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.
- ↳ Le président-directeur général et le directeur de santé publique ne peuvent recevoir, en outre de leur rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.

Devoirs et obligations de l'après-mandat

- ↳ Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit qui ne sont pas d'ordre public et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
- ↳ Le membre du conseil d'administration témoigne de respect envers l'Agence et son conseil d'administration.

Mécanisme d'application et de respect du code

- ↳ Le président ou la présidente du conseil d'administration s'assure du respect des principes d'éthique par les administrateurs.
- ↳ Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code et signer, à cet effet, l'engagement personnel (annexe II).
- ↳ Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration complète, signe et remet une déclaration qui apparaît à l'annexe I du présent code et elle amende cette déclaration dès qu'elle connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.
- ↳ Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique, en saisit le président ou la présidente du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier ou de cette dernière, le vice-président ou la vice-présidente du conseil d'administration.
- ↳ Le président ou la présidente du conseil d'administration consulte le comité d'éthique afin de déterminer s'il y a eu manquement au code d'éthique ou, pour l'aider dans sa décision, d'en saisir ou non le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs.

- ↳ Le président ou la présidente du conseil d'administration qui est d'avis qu'il y a eu un manquement de la part d'un administrateur, pouvant entraîner une sanction disciplinaire, avise le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui est l'autorité compétente pour agir.
- ↳ Ce comité est consultatif au président ou à la présidente du conseil d'administration à qui la décision finale appartient. Le comité est composé de trois membres du conseil d'administration, excluant les officiers. Il décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation; il est entendu que la confidentialité doit être compatible avec l'équité procédurale.
- ↳ Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il rédige un rapport contenant un sommaire de l'enquête. Ce rapport est confidentiel.
- ↳ Le président ou la présidente du conseil d'administration transmet ce rapport au secrétaire général associé, responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

Enquête et immunité

- ↳ Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.
- ↳ Les personnes qui effectuent les enquêtes sont tenues à la confidentialité.

Publicité du code d'éthique

- ↳ L'Agence rend accessible un exemplaire du code d'éthique des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.
- ↳ L'Agence publie dans son rapport annuel de gestion, le code d'éthique des administrateurs.
- ↳ Le rapport annuel de gestion de l'Agence fait état :
 - a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
 - b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
 - c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
 - d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchuées de leur charge.

Déclaration des intérêts des administrateurs publics

Code d'éthique

Agence de la santé
et des services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue

Québec 

Je, _____, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'Agence ou qui sont susceptibles d'en faire.

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec l'Agence ou qui est susceptible de le devenir.

3. J'occupe les emplois suivants :

Emploi

Employeur

4. J'occupe une fonction ou suis membre des organismes suivants :

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts est débattue.

Prénom et nom

Signée à

Signature de l'administrateur

Jour / mois / année

Engagement personnel

Code d'éthique

Agence de la santé
et des services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue

Québec 

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES
SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Je, _____, administrateur à l'Agence
de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue,
ai pris connaissance du Code d'éthique des administrateurs

Je déclare en comprendre le sens et la portée.

Signature

Date